

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

SUZIE NEPTON

AMÉNORRHÉE PSYCHOGÈNE ET ACTUALISATION DE SOI

FÉVRIER 1988

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	vi
SOMMAIRE	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER - L'AMÉNORRHÉE PSYCHOGÈNE: UN PROBLÈME MÉDICAL ET PSYCHOLOGIQUE.....	5
1.1 La physiologie de l'aménorrhée	6
1.1.1 Définition	6
1.1.2 Incidence et prévalence	8
1.1.3 Poids et aménorrhée	11
1.1.4 Exercice et aménorrhée	12
1.1.5 Physiologie du cycle menstruel	15
1.1.6 L'aménorrhée psychogène: physiopathologie et étiologie	17
1.2 Les dimensions psychologiques de l'aménorrhée	20
1.2.1 Caractéristiques de la femme aménorrhéique	20
1.2.2 Conflits reliés au rôle féminin	23
1.2.3 Conflit oral	26
1.2.4 Conflits relatifs à l'image du corps	27
1.2.5 Attitudes envers la menstruation	28
1.2.6 Conflits en relation avec la sexualité	29
1.2.7 Constellation familiale	30
1.2.8 Relations interpersonnelles	36

CHAPITRE II - ACTUALISATION DE SOI ET AMÉNORRHÉE PSYCHOGÈNE .	38
2.1 Le concept d'actualisation de soi	39
2.1.1 Origine et concept d'actualisation de soi selon Maslow	39
2.1.2 Évolution du concept de Maslow	42
2.1.3 Le concept d'actualisation de soi selon Shostrom	43
2.1.4 Opérationnalisation de l'actualisation de soi	44
2.1.5 Caractéristiques de la personne actualisée	46
2.2 Relation entre l'actualisation de soi et la femme en aménorrhée ...	48
CHAPITRE III - DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE	52
3.1 Les sujets	53
3.2 Instruments de mesure	54
3.2.1 Questionnaire d'informations personnelles	54
3.2.2 L'entrevue semi-dirigée	55
3.2.3 Le Personal Orientation Inventory	55
3.3 Déroulement de l'expérience	62
CHAPITRE IV - PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	63
4.1 Méthodes d'analyse	64
4.2 Présentation des données statistiques	65
4.2.1 Résultats du P.O.I.	65
4.2.2 Analyses complémentaires	68
4.3 Données cliniques	70
4.4 Discussion	78
4.4.1 Données statistiques	78

4.4.2 Données cliniques	80
CONCLUSION	82
APPENDICE A: INSTRUMENTS DE MESURE.....	84
APPENDICE B: RÉSULTATS	94
REMERCIEMENTS	117
RÉFÉRENCES	118

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Moyennes et écarts types des deux groupes aux 12 items du P.O.I.	66
Tableau 2	Test-t aux 12 échelles du P.O.I.	67
Tableau 3	Analyse de variance des 12 échelles du P.O.I. en fonction du facteur poids	69
Tableau 4	Coefficients de corrélation entre les échelles du P.O.I. et le facteur poids	70
Tableau 5	Renseignements personnels concernant les sujets du groupe expérimental	95
Tableau 6	Renseignements personnels concernant les sujets du groupe contrôle	96
Tableau 7	Score global ($T_C + I$) pour chaque sujet au P.O.I.	97

SOMMAIRE

L'objectif de la présente recherche est de contribuer à enrichir la compréhension du symptôme d'aménorrhée psychogène et la dynamique de la femme aménorrhéique. Pour ce faire, ce mémoire comporte deux aspects distincts: premièrement il évalue le niveau d'actualisation de soi de la femme en aménorrhée comparative-ment à la femme menstruée normalement et, deuxièmement, à partir des données cliniques recueillies, il tente de mettre en évidence certaines caractéristiques propres aux aménorrhéiques.

Cette étude a tenté de vérifier l'hypothèse nulle voulant que le niveau d'actualisation de soi de la femme en aménorrhée ne diffère pas de celui de la femme normalement menstruée.

Le groupe expérimental est composé de 12 sujets auxquels un même nombre de femmes normalement menstruées sont jumelées et ce, selon cinq variables: l'âge, le niveau de scolarité, le niveau socio-économique, le statut social et l'expérience de la maternité. Dans cette première étape le Personal Orientation Inventory est utilisé pour mesurer le niveau d'actualisation de soi. L'étape clinique de ce mémoire s'effectue par le biais d'un questionnaire d'informations personnelles et d'une entrevue semi-dirigée.

Les analyses effectuées sont l'analyse de la variance (analyse multivariée

de variance et de covariance) et le test t afin de comparer les résultats obtenus par les deux groupes aux 12 échelles du P.O.I. Des analyses complémentaires telles que l'analyse de la variance et la corrélation de Pearson sont utilisées pour étudier le facteur poids en relation avec les 12 échelles du P.O.I.

L'hypothèse nulle de cette recherche ne peut être rejetée. Il n'existe aucune différence significative entre le niveau d'actualisation de soi des sujets du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle. Cependant, les données cliniques de ce mémoire mettent en évidence certaines caractéristiques communes chez les sujets aménorrhéiques et soulèvent des interrogations pour la recherche future.

INTRODUCTION

Les études traitant de l'aménorrhée psychogène considèrent que ce symptôme résulte de l'interaction entre la vulnérabilité intrapsychique, le stress de source extérieure et les troubles neuroendocriniens. Ce symptôme psychosomatique appartient donc à deux mondes: le monde médical et le monde psychologique. Si on considère le point de vue médical, l'aménorrhée constitue un empêchement à la maternité. Cela signifie, au plan biologique, une entrave à la réalisation complète de la femme. Abordée sous l'angle psychologique, ne pourrait-on pas supposer que l'aménorrhée psychogène ferait aussi partie d'une problématique touchant l'actualisation de soi? La femme en aménorrhée parvient-elle à s'actualiser? Les chercheurs soulèvent différentes caractéristiques touchant les conflits, le vécu et le monde relationnel de l'aménorrhéique dont certaines laissent croire à un faible niveau d'actualisation de soi: conflits liés au rôle féminin, conflits à thème d'oralité et relatifs à l'image du corps, attitudes négatives envers la menstruation et la sexualité et des relations familiales et interpersonnelles problématiques.

Conséquemment, l'objectif spécifique de cette recherche est d'évaluer le niveau d'actualisation de soi de la femme en aménorrhée en comparaison avec celui de la femme normalement menstruée.

Vu le fait qu'aucune étude à ce jour n'a porté précisément sur le sujet, nous avons dû faire une revue de la littérature sur l'ensemble du phénomène de l'aménorrhée afin de relever les éléments indicatifs du niveau d'actualisation de

soi de la femme présentant ce problème.

Ce faisant, nous avons pu constater que peu d'ouvrages offrent une vision globale du phénomène de l'aménorrhée psychogène et nous avons opté, dans le cadre de ce mémoire, pour présenter une revue de la littérature complète. Celle-ci déborde du cadre strict de l'analyse de l'actualisation de soi, mais elle fournit les éléments utiles à une compréhension plus vaste du problème.

De même, au-delà des informations relevées par la mesure psychométrique, nous avons recueilli des données cliniques chez les sujets de l'étude. Ces données se sont avérées propres à nourrir la réflexion et à approfondir la connaissance de la femme aménorrhéique.

Ainsi, ce mémoire, tout en répondant à son premier objectif de la mesure de l'actualisation de soi de la femme en aménorrhée constitue un document endossant l'objectif global de contribuer à la compréhension de l'aménorrhée psychogène dans chacune de ses dimensions.

Ce mémoire se divise en quatre chapitres. Le premier effectue un relevé de la littérature en relation avec la variable indépendante de cette étude, soit l'état aménorrhéique. Il aborde l'aménorrhée dans ses dimensions physiologique et psychologique.

Le deuxième chapitre révisé la littérature concernant l'actualisation de soi et sa relation avec l'aménorrhée psychogène.

Le troisième chapitre décrit l'expérience, les sujets et les instruments

de mesure utilisés.

Le dernier chapitre aborde la présentation et l'analyse des résultats. Il comprend les méthodes d'analyses et deux parties distinctes. La première concerne les données expérimentales et présente les résultats au P.O.I. de même que les analyses complémentaires. La deuxième partie traite les données cliniques et relève les caractéristiques communes aux aménorrhéiques de cette étude. La discussion des résultats termine ce quatrième chapitre.

CHAPITRE PREMIER

L'AMÉNORRHÉE PSYCHOGÈNE: UN PROBLÈME MÉDICAL
ET PSYCHOLOGIQUE

Ce premier chapitre présente la revue de la littérature concernant l'aménorrhée psychogène. Il comprend deux parties dont la première se rattache plutôt au domaine médical en abordant la définition, l'incidence et la prévalence, la relation avec le poids et l'exercice et la physiologie du cycle menstruel et de l'aménorrhée. La deuxième partie traite des dimensions psychologiques de l'aménorrhée et met en évidence les caractéristiques de cette femme, ses conflits et son monde relationnel.

1.1 La physiologie de l'aménorrhée

1.1.1 Définition.

L'aménorrhée est un désordre du système reproducteur qui consiste en une absence de menstruation chez la femme en âge d'avoir ses règles. En se basant sur les recherches de Yen en 1978, Herzog (1982) définit l'aménorrhée comme: «[...] l'échec du cycle menstruel à être périodique en raison d'interactions et de feed-back hormonaux défectueux survenant dans le système endocrinien» (p. 2). Il se produit des inhibitions du fonctionnement hormonal cyclique réduisant ainsi le potentiel de reproduction de la femme. Ce désordre comprend deux catégories: l'aménorrhée primaire ou la non-apparition de la menstruation chez une jeune femme âgée de 16 ans malgré la maturation de ses caractères sexuels secondaires et, l'aménorrhée secondaire ou l'absence de menstruation chez la femme ayant déjà été

menstruée et dont le cycle n'apparaît pas pendant une période de trois mois ou plus (Herzog, 1982).

Plusieurs chercheurs (Aksel, 1979; Brown, Bain, Lerner et Shaul, 1983; Herzog, 1982; Senarclens et Fisher, 1978) reconnaissent différentes classifications d'état aménorrhéique originant d'un dysfonctionnement dans l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien. D'abord, le symptôme d'aménorrhée est associé à des causes ou états physiologiques tels que la grossesse, l'allaitement et la ménopause. Ensuite, il peut être le résultat de nombreux processus pathologiques: tumeurs hypophysaires, hyperprolactinémie, anorexie mentale, etc. Ces auteurs ajoutent une troisième classification d'état aménorrhéique; il réfère à la cessation des menstruations alors qu'aucune cause physiologique et/ou pathologique ne puisse être déterminée. Senarclens et Fisher (1978) le considèrent comme un trouble psychofonctionnel se manifestant subitement et sans avertissement comme si la commande rythmique était interrompue brusquement. Ce type de symptôme aménorrhéique porte différents noms: aménorrhée psychogène (Aksel, 1979; Herzog, 1982; Senarclens et Fisher, 1978), anovulation hypothalamique chronique (Yen, 1978), aménorrhée secondaire fonctionnelle (Brown et al., 1983; Schreiber, Florin et Rost, 1983) ou aménorrhée hypothalamique (Fayez, 1979). La présente étude traite spécifiquement de cette dernière catégorie connue plus couramment sous le nom d'aménorrhée psychogène.

Netter (1971), Yen (1978) et Herzog (1982) soulignent que ce type d'aménorrhée est fréquemment diagnostiqué par le médecin. Aksel (1979) et Fayez (1979) jugent qu'il est important d'exclure les deux premiers types de symptôme aménorrhéique soit ceux d'origine physiologique et pathologique avant d'en conclure à

une cause psychogène ou psychologique. Favez (1979) estime que parmi les femmes en aménorrhée secondaire, en excluant les femmes enceintes, plus de 80% d'entre elles présentent une aménorrhée psychogène. Engelman (1983) situe ce pourcentage entre 80 et 90%. Il est à noter que ces auteurs n'ont pas exclu de ce nombre les cas de pseudo-cyèse et d'anorexie mentale.

1.1.2 Incidence et prévalence.

La compréhension de cette partie exige au préalable l'explication des termes incidence et prévalence. Le taux d'incidence réfère au nombre de nouveaux cas relevés pendant une période donnée et traduit l'évolution d'un phénomène; elle est une donnée nécessairement dynamique. Le taux de prévalence fournit un chiffre global pour une certaine période. Il s'applique aux cas existant sans distinguer les nouveaux cas et les anciens; elle est une notion statique (O.M.S., 1959).

Les recherches épidémiologiques en rapport avec les cas d'aménorrhée psychogène dans une population normale ou spécifique, tentent de démontrer une corrélation significative entre la présence de ce problème et l'expérience d'un stress majeur tel que l'emprisonnement, la privation, les catastrophes naturelles, les voyages ou les changements dans le style de vie.

Khuri et Gehi en 1981 rappellent, à travers une brève revue de la littérature traitant de l'aménorrhée psychogène, que l'intérêt des scientifiques face à ce problème a débuté lors de la Première Guerre Mondiale. À ce moment, une incidence de 4% apparaît chez une population de femmes en service auxiliaire; la cause de l'aménorrhée semblait associée aux facteurs nutritionnels. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, Whitacre et Barrera (1944: voir Khuri et Gehi, 1981)

introduisent le terme «war amenorrhea»; aux Philippines, ils relèvent un taux d'incidence d'aménorrhée de 14,8% chez les femmes emprisonnées dans un camp d'internement et un taux de 2,3% chez les infirmières internées à la suite d'un état de siège. À partir du rapport officiel publié par la Commission d'Énergie atomique des États Unis concernant les effets des bombardements atomiques d'Hiroshima et de Nagasaki, Khuri et Gehi (1981) rapportent un taux d'incidence variant de 16 à 51% chez les Japonaises qui, jusque là, étaient menstruées normalement. Bass (1947: voir Khuri et Gehi, 1981) relève des taux d'incidence distincts chez les femmes retenues dans un camp de concentration à Terezin: 54% chez celles vivant la peur des chambres à gaz comparativement à 25% chez les femmes ayant droit à un meilleur privilège et ne vivant pas la menace de mort. Drew (1961) note à ce sujet que le taux d'incidence d'aménorrhée peut atteindre 100% dans des circonstances où les femmes sont confrontées à la mort. Cet auteur associe l'augmentation du taux d'incidence au degré de stress vécu dans une situation donnée.

Par la suite, les auteurs ont vérifié le taux d'incidence d'aménorrhée psychogène dans certaines populations données; il est à noter que les résultats de ces études sont inconsistants. En investigant auprès d'une population d'étudiantes infirmières, Drew (1961) rapporte un taux d'incidence de 4,9% chez les nouvelles arrivées comparativement à un taux de 2,3% chez le reste de cette population. Il remarque une augmentation de ce taux chez les femmes qui se séparent de leur foyer familial et qui vivent cette séparation comme menaçante. Jeffcoate (1965: voir McCormick, 1975) relève un taux d'incidence de 50% dans une même population; par contre, il n'explique pas les données sur lesquelles il s'est basé. Afin de vérifier l'ampleur des résultats de Jeffcoate, McCormick (1975) étudie à son tour,

une population semblable. Il note un taux d'incidence d'aménorrhée de 6,2%; il avait exclu de cette étude les étudiantes infirmières de première année.

En 1973, Pettersson, Fries et Nillius entreprennent une étude auprès d'une population normale de Suède. Par le biais de questionnaires postés à 2 000 femmes âgées entre 18 et 45 ans, ils relèvent un taux d'incidence d'aménorrhée secondaire d'une durée d'au moins trois mois, de 3,3%.

À partir de plusieurs études, Drew (1961) situe le taux de prévalence d'aménorrhée secondaire dans la population normale entre 2 et 7%. Russel, J.A.O. (1972) relève chez une population d'adolescentes et de jeunes femmes, un taux de prévalence d'aménorrhée secondaire d'une durée d'au moins six mois, de 6%. Pettersson et al. (1973) rapportent pour leur part, un taux de 4,4% en considérant dans leur étude, les cas d'aménorrhée depuis au moins trois mois.

Quoiqu'il n'y ait pas eu d'études épidémiologiques récentes sur l'aménorrhée psychogène, le taux d'apparition semble augmenter sans qu'une véritable cause ne soit déterminée; à une époque où la femme occupe différents rôles, les implications psychosociales et/ou des facteurs sociaux peuvent intensifier le stress vécu par celle-ci (Herzog, 1982; Senarclens et Fisher, 1978).

La plupart des études traitant de l'aménorrhée psychogène tentent de découvrir son étiologie. Les deux prochaines parties aborderont deux facteurs soit le poids et l'exercice, qui semblent être associés à l'apparition du symptôme aménorrhéique.

1.1.3 Poids et aménorrhée.

Plusieurs auteurs (Fries, 1974; Ihalainen, 1975; Kelley, Daniels, Poe, Easser et Russel, 1954) ont observé chez leurs sujets aménorrhéiques une relation entre l'apparition du symptôme aménorrhéique et des changements (pertes ou gains) significatifs dans leur poids corporel. Fries (1974) associe l'aménorrhée à une vulnérabilité diencephalohypothalamique rendant la femme plus susceptible aux stress émotionnels ou à la perte de poids. L'existence d'une telle hypothèse est reflétée par les fréquentes irrégularités menstruelles antérieures à l'aménorrhée et par des anomalies à l'électroencéphalogramme. De plus, cet auteur ainsi que Kelley et al. (1954) et Ihalainen (1975) soulignent le rôle des facteurs psychologiques en relation avec la perte de poids (plus souvent rencontrée) et le symptôme aménorrhéique; ils seront abordés lors de l'étude de la femme aménorrhéique.

D'autres études ont relevé la perte de poids à l'apparition de l'aménorrhée mais en l'associant plutôt à une baisse du taux de gras corporel. Frisch et McArthur (1974) proposent qu'un taux de gras corporel de 17% est nécessaire pour produire la ménarche et qu'un taux de 22% l'est pour restaurer ou maintenir le cycle menstruel. De plus, Frisch (1977: voir Frisch, 1985) et Wentz (1980) admettent qu'une perte de 10 à 15% du poids normal selon la taille, provoque une diminution d'environ un tiers du gras corporel entraînant ainsi un état aménorrhéique. Frisch (1985) explique que la transformation de la testostérone en oestrogène prend place dans les tissus adipeux. Ceux-ci sont une source importante d'oestrogène et lorsqu'une baisse de gras corporel se produit, elle diminue et entraîne une faible stimulation des gonadotropines dont la LH (nécessaire à l'ovulation) provoquant ainsi l'arrêt

du cycle menstruel. Il indique: «La réponse en LHRH (facteur de stimulation de LH) et la sécrétion de LH sont réduites en rapport avec la quantité de poids perdu» (p. 614).

Wells (1985) ne croit pas que l'absence de menstruation origine seulement d'une baisse de poids ou de gras corporel. Elle rappelle que dans la littérature traitant de l'aménorrhée psychogène, les auteurs notent à l'apparition de ce symptôme la présence ou non de changements dans le poids corporel des aménorrhéiques. Elle suggère plutôt que la cause de l'aménorrhée accompagnée d'une diminution de poids ou de gras corporel réfère à un dysfonctionnement dans l'activité des neurotransmetteurs hypothalamiques.

Dans la présente étude, chaque sujet aménorrhéique doit répondre au questionnaire d'informations personnelles fournissant entre autres des renseignements sur les changements de poids corporel. Les aménorrhéiques présentant une extrême maigreur (ex.: anorexique) ont été exclues de l'échantillon expérimental étant donné que le symptôme aménorrhéique peut être en relation avec un niveau trop bas de gras corporel.

1.1.4 Exercice et aménorrhée.

De nos jours, le sport fait partie du style de vie de plusieurs femmes. L'augmentation de l'intensité, de la fréquence et de la durée de l'exercice peut provoquer chez la femme certains désordres menstruels tels que l'oligoménorrhée et l'aménorrhée (Wells, 1985).

Les taux d'incidence d'aménorrhée en relation avec l'activité sportive

rapportés dans la littérature sont inconsistants car certaines études calculent les cas d'aménorrhée et d'oligoménorrhée. Feicht (1978: voir Wells, 1985) relève parmi une population de 128 collégiennes pratiquant différentes courses de compétition, un taux d'incidence d'aménorrhée de 6% chez les femmes courant le moins comparativement à 43% chez celles courant le plus. Dale, Gerlach et Wilhite (1979) étudient une population de femmes pratiquant le jogging et trouve un taux d'incidence d'aménorrhée et d'oligoménorrhée de 23% chez celles courant cinq à dix milles par semaine et 34% chez les femmes courant en moyenne 30 milles par semaine. Par contre, ces auteurs remarquent que le taux d'incidence dans le groupe contrôle constitué de femmes sédentaires est de 4%. Wells (1985) estime que le taux d'incidence de ces désordres se situe entre 4 et 5% chez la population normale mais qu'il atteint 52% chez les athlètes s'entraînant à la compétition.

Shangold (1980: voir Herzog, 1982) suggère qu'il n'est pas évident que l'exercice soit la cause de l'aménorrhée. Elle explique que plusieurs variables viennent s'ajouter à l'entraînement: les effets physiques, le stress émotionnel, la perte de poids, la perte ou un taux bas de gras corporel. Shangold considère qu'il est difficile d'isoler les effets de chacune de ces variables, cependant elle croit que l'aménorrhée peut être induite par un mélange de ces facteurs. Brisson (1985) note: «Durant un entraînement régulier plusieurs facteurs changent simultanément (stress, habitudes alimentaires, habitudes de sommeil, masse corporelle) et il est également difficile d'isoler les variables causatives» (p. 128). Il explique que le stress vécu lors de la compétition peut induire des changements endocriniens significatifs, par contre les modifications de la masse corporelle et de sa composition attirent beaucoup l'attention.

Speroff et Redwine (1980: voir Wells, 1985) relèvent une augmentation des cas d'oligoménorrhée et d'aménorrhée chez 900 participantes au marathon de Portland en 1977. De plus, ils remarquent que la proportion des femmes développant l'aménorrhée s'accroît en rapport avec l'augmentation de perte de poids: 15,8% chez celles ayant perdu 15 à 20 livres et 17,5% chez elles qui ont perdu plus de 20 lbs. Ces résultats sont en accord avec les données de Frisch (1977: voir Frisch, 1985) voulant que l'incidence de l'aménorrhée soit reliée à une perte de poids de 10 à 15% sous la normale. Wells (1985) écrit à ce propos: «Dans le cas d'une aménorrhée associée à l'exercice, il semble que le retour des menstruations ne soit pas lié à un gain de poids mais à la cessation de l'entraînement rigoureux» (p. 120). Elle déclare que la cause n'est pas encore connue malgré l'élaboration de différentes théories: l'augmentation de la température corporelle (Feicht et al., 1980: voir Wells, 1985), le taux élevé de prolactine (Brisson et al., 1980: voir Wells, 1985) et l'élévation des opiacés endogènes tels que l'endorphine et l'enképhaline (Bortz et al., 1981: voir Wells, 1985). Wells (1985) n'élabore pas de conclusion mais elle situe à l'origine de l'aménorrhée associée à l'exercice un dysfonctionnement hypothalamique.

Étant donné les recherches non concluantes et la perspective hormonale expliquant l'aménorrhée associée à l'exercice, il semble évident qu'elle diffère de l'aménorrhée psychogène. Pour ces raisons, les aménorrhéiques poursuivant un entraînement intensif seront exclues de cette étude.

Jusqu'à maintenant, nous avons dû introduire certaines données physiologiques concernant le cycle menstruel. Dans le but de les comprendre et de saisir

à quel niveau se situe la rupture lors du symptôme d'aménorrhée secondaire, la prochaine partie traitera de la physiologie du cycle menstruel.

1.1.5 Physiologie du cycle menstruel.

Le cycle menstruel est ainsi dénommé car il se termine à intervalles réguliers par la menstruation. Elle est l'élimination des couches superficielles de la muqueuse utérine et, elle est déterminée par le fonctionnement harmonieux de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien.

Rostaing et Pratili (1983) rappellent que l'hypothalamus est le centre d'intégration ultime des différentes informations d'origine endogène et exogène. Il contrôle la sécrétion de l'hypophyse gonadotrope (l'hypophyse antérieure agissant sur les gonades) par la sécrétion de facteur de libération (RH) de l'hormone lutéinisante (LH) et de l'hormone de stimulation des follicules (FSH). Ces hormones hypothalamiques ont comme médiateur pour leur sécrétion des neurotransmetteurs dont les plus connus sont la norépinéphrine et la dopamine. L'hypophyse traduit le signal hypothalamique neuro-hormonal en signal hormonal par l'élaboration et la sécrétion dans la circulation sanguine de deux hormones gonadotropes: FSH et LH. Ces gonadotropines déterminent la sécrétion des stéroïdes ovariens (oestrogène et progestérone) exerçant à leur tour un rétrocontrôle sur l'activité basale et cyclique de l'hypothalamus et de l'hypophyse. Ce cycle de sécrétions hormonales dure généralement 28 jours et se divise en trois phases: la phase folliculaire comprenant deux parties, l'ovulation et la phase lutéale (Mauvais-Jarvis et Prud'Homme, 1982; Netter, 1971; Yen, 1978).

Le premier jour d'écoulement menstruel est reconnu comme le premier

jour du cycle. Il correspond au début de la phase folliculaire caractérisée par une élévation de la concentration plasmatique de FSH, laquelle permet la croissance du follicule. Après 48 heures, la production plasmatique de LH s'élève; les sécrétions ovariennes sont donc actives. Durant la deuxième partie de la phase folliculaire, la production des hormones ovariennes soit l'oestrone et l'oestradiol augmente. Leur rôle physiologique correspond à la prolifération de la muqueuse utérine avant l'ovulation (Garnier et Delamare, 1967). Simultanément, se produit une baisse de la sécrétion hypophysaire de FSH et une augmentation lente du taux plasmatique de LH. Il est à noter qu'un seul follicule et un ovule arrivent à maturité en deux semaines environ (Vander, Sherman et Luciano, 1977).

La phase ovulatoire est essentiellement marquée par l'apparition d'un pic sécrétoire de LH paraissant indirectement responsable de l'ovulation vu qu'il permet la maturation du follicule et sa rupture. L'ovule est libéré et vit pendant environ deux jours. Au même moment apparaît un pic de FSH n'étant pas indispensable à l'ovulation (Mauvais-Jarvis et Prud'Homme, 1982; Vander et al., 1977). En période ovulatoire, le taux élevé des gonadotropines persiste pendant 24 heures pour s'effondrer par la suite. Le taux d'oestradiol ou la véritable hormone femelle (Garnier et Delamare, 1967) diminue dans le plasma et la progestérone s'élève.

Durant la phase lutéale, le follicule ouvert se transforme rapidement en corps jaune qui sécrète de grandes quantités d'oestradiol et de progestérone. La combinaison de ces hormones ovariennes en haute concentration inhibe la libération de LH et de FSH prévenant ainsi le développement d'un nouveau follicule pendant les deux dernières semaines du cycle. La non-fécondation de l'ovule permet la

dégénérescence du corps jaune qui provoque une chute rapide de l'oestradiol et de la progestérone déclenchant de ce fait, la menstruation. La baisse des hormones ovariennes cesse l'inhibition de la sécrétion de FSH. La concentration sanguine de FSH commence à s'élever, le développement du follicule et de l'ovule est stimulé et le cycle recommence.

1.1.6 L'aménorrhée psychogène: physiopathologie et étiologie.

Il est généralement accepté dans la littérature traitant de l'aménorrhée psychogène que ce symptôme anovulatoire origine du site suprahypothalamique d'où son appellation: anovulation hypothalamique chronique (Yen, 1978). L'hypothalamus, responsable de ce dysfonctionnement, ne répond plus au feed-back des oestrogènes libérés par les ovaires. Plus spécifiquement, un balancement de la norépinéphrine et de la dopamine vient dérégulariser la sécrétion du facteur de libération de LH qui à son tour, produit des irrégularités dans la sécrétion de FSH et de LH (Blackwell, 1979). Le niveau de FSH demeure plus élevé que celui du LH empêchant ainsi le follicule de maturer suffisamment pour permettre l'ovulation (Khuri et Gehi, 1981; Yen, 1978). Il en résulte une absence du flux menstruel et une incapacité de reproduire.

Depuis plusieurs années, des recherches ont démontré la relation entre les facteurs psychologiques et les changements hormonaux. Les premières études concluantes effectuées par Benedek et Rubenstein en 1942 (voir Benedek, 1963) auprès de patientes psychiatriques soumises à la psychanalyse et à différents examens physiques, démontrent que des changements émotionnels accompagnent les fluctuations hormonales du cycle menstruel. À cette époque, l'action ovarienne semblait

être la seule responsable de la psyché féminine (Senarclens et Fisher, 1978). Par la suite, Klinefelter, Albright, Griswold (1943: voir Senarclens et Fisher, 1978) et Reifenstein (1946: voir Senarclens et Fisher, 1978) ont décrit pour la première fois l'aménorrhée psychogène. Ils observent une faible production des oestrogènes et un taux normal des gonadotropines chez les femmes présentant un poids inférieur à la normale. En 1972, Nillius et Wide (voir Ihalainen, 1975) associent à ce type de symptôme le facteur de libération de LH indiquant une origine hypothalamique plutôt qu'hypophysaire. Au même moment, G.F. Russel (1972) étudie le syndrome prémenstruel et l'aménorrhée psychogène. Il relève de cette étude que des interactions entre l'organisme et l'environnement peuvent influencer l'hypothalamus (centre des émotions); un bouleversement psychologique peut donc emprunter comme voie symptomatique le cycle menstruel. En se basant sur le contenu d'entrevues psychiatriques, Fries et Nillius (1973: voir Schreiber et al., 1983) observent que l'apparition de l'aménorrhée secondaire est souvent précédée d'un événement stressant: une séparation conjugale, un échec scolaire ou des relations sociales problématiques et stressantes. Senarclens et Fisher (1978) mettent en évidence le lien entre l'aménorrhée psychogène et le symptôme psychosomatique et observent tout comme Fries et Nillius la relation entre un événement soudain, imprévisible, une émotion forte et le début d'une aménorrhée. En se basant sur la théorie des maladies psychosomatiques et sur le concept de stress et d'adaptation proposé par Hans Selye, Yen (1978) note la reconnaissance des facteurs psychologiques parmi les plus impliqués dans la régulation des glandes endocrines. Il observe que le dysfonctionnement hypothalamique peut être relié à des facteurs de stress vécus par la femme. De plus, il soulève des points importants déjà notés par Rabkin et Struening (1976: voir Yen, 1978) voulant que la réaction de l'individu au stress soit influencée par

différents facteurs déterminant la vulnérabilité de cet individu au stress: les expériences antérieures pouvant remonter à l'enfance, le milieu social, les caractéristiques de la personnalité, la perception qu'a l'individu de ce stress et la façon de s'y adapter. Par contre, Yen reconnaît que ces facteurs ne peuvent à eux seuls déclencher un désordre tel que l'aménorrhée. Pour que ce désordre survienne, la femme doit auparavant être en contact avec une situation stressante et, dans ce cas l'aménorrhée serait un mécanisme de défense biologique servant à rétablir l'équilibre (Aksel, 1979; Senarclens et Fisher, 1978). Fogel (1979) résume l'aménorrhée comme suit: «Chez les humains comme chez les primates, lorsqu'en situation de stress, l'organisme de par son économie, empêche la grossesse à des fins de survie» (p. 104).

Observant une augmentation des cas d'aménorrhée en cette époque où la femme est plus autonome, Senarclens et Fisher (1978) s'en demandent la cause: «Des hypothèses sur les implications psychosociales de l'aménorrhée sont à proposer dans la mesure où l'arrêt des règles serait considéré comme une maladie de la civilisation» (p. 104).

Khuri et Gehi (1981) rapportent que l'insuffisance des données médicales face au traitement de ce problème indique la nécessité d'explorer de plus en plus les sources de stress, les conflits psychodynamiques présents chez la femme aménorrhéique. Ces auteurs, ainsi que Schreiber et al. (1983) estiment que des événements négatifs augmentent la probabilité qu'une femme puisse développer une aménorrhée. Ils ajoutent que d'autres variables psychologiques peuvent contribuer à l'apparition de ce dysfonctionnement.

1.2 Les dimensions psychologiques de l'aménorrhée

1.2.1 Caractéristiques de la femme aménorrhéique.

Suite à l'explication des données générales touchant l'aménorrhée et à la brève incursion dans le domaine de la physiologie et de l'endocrinologie gynécologique, cette partie abordera plus spécifiquement la femme présentant le symptôme d'aménorrhée.

Au départ, la littérature traitant de la personnalité et du vécu des aménorrhéiques appartenait au courant psychanalytique. Les chercheurs tentaient d'expliquer l'origine psychologique de l'aménorrhée en se basant sur le développement psychosexuel de la femme et sur les significations inconscientes attribuées à la menstruation.

Hélène Deutsch (1949) insiste particulièrement sur l'apparition de la ménarche (première menstruation) et sur ce qu'elle signifie dans l'inconscient de la fille. Elle explique que lors de la puberté, l'intérêt se porte sur la croissance corporelle et sur l'éveil du désir sexuel réactivant ainsi les manifestations psychologiques rattachées au traumatisme génital (complexe de castration). Tous les sentiments appartenant à l'ancien conflit génital tels que la colère, la honte, la culpabilité et le sentiment d'infériorité refont surface. Deutsch (1949) écrit: «Si le traumatisme génital n'a pas été exacerbé par des expériences individuelles, il se trouve maîtrisé par les tendances féminines que déclenche la première menstruation» (p. 151). Par contre, le phénomène menstruel non accepté par la fille peut entraîner inconsciemment une rétention de la menstruation (Deutsch, 1949). Elle voit l'aménor-

rhée primaire ou le retard de la ménarche, comme une inhibition fonctionnelle et l'aménorrhée secondaire psychogène comme une réaction de défense face au choc vécu lors du premier saignement menstruel. Elle ajoute que sa nature est complexe et qu'elle émane de plusieurs sources.

Kroger et Freed (1950) expliquent l'aménorrhée en se basant eux aussi sur le développement psychosexuel de la femme. Lors de la période phallique, la petite fille désire être un garçon et l'absence du pénis lui fera vivre des sentiments intenses provoquant ainsi une jalousie envers les hommes et le déni de son propre sexe. Avec la venue de la menstruation établissant la féminité, et confirmant l'absence du pénis, ces auteurs ajoutent qu'inconsciemment la fille vit de l'anxiété et de l'hostilité en relation avec la frustration du désir d'avoir un pénis. L'égo, incapable de manier ces émotions à un niveau conscient, exprimera les tensions générées par ce conflit par un mauvais fonctionnement physiologique telle que l'aménorrhée.

Pour faire suite à ces théories, d'autres chercheurs appartenant au courant psychanalytique tentent de relever une personnalité aménorrhéique.

Le refus du rôle de femme est l'interprétation avancée par Dunbar (1954: voir Senarclens et Fisher, 1978) à propos des aménorrhéiques qui, selon Menninger (1939: voir Ihalainen, 1975) serait le résultat le plus logique au désir de la fille d'être un garçon.

À partir d'entrevues psychiatriques et des résultats au test du Rorschach, Kelley et al. (1954) comparent un groupe de 26 femmes en aménorrhée psychogène

à des groupes contrôles de patientes psychiatriques et de femmes normales dans le but de relever des caractéristiques générales de la personnalité des aménorrhéiques. La rencontre de trois facteurs domine le tableau psychopathologique: une immaturité psychosexuelle, un conflit à thème d'oralité et parfois des idées schizoïdes. Les deux premiers traits sont les plus mentionnés dans la littérature alors que le troisième semble être plus contesté. Fries (1974) et Ihalaïnen (1975) ont échoué dans leurs études respectives à établir la pensée schizoïde comme un trait de personnalité de l'aménorrhéique. De plus, Herzog (1982) croit que la méthode utilisée par Kelley et al. pour déterminer ce trait est faussée. Ces auteurs sont parvenus à la conclusion de pensée schizoïde alors que le groupe expérimental et le groupe contrôle de patientes psychiatriques étaient soumis à des thérapies psychanalytiques intensives contrairement au groupe contrôle de femmes normales qui n'ont été vues que quatre fois.

Easser (1954: voir Herzog, 1982), un autre auteur orienté vers la psychanalyse, a soumis des sujets aménorrhéiques à une étude psychologique soutenue. Elle conclut que la femme en aménorrhée présente une organisation inadéquate de l'égo et que ses difficultés sont en relation avec la maturation, la sexualité et la grossesse.

Ainsi, dans un premier mouvement les chercheurs ont tenté de faire un parallèle entre la personnalité et le manque de maturité d'une part et l'état aménorrhéique d'autre part. Par la suite, leur intérêt s'est dirigé davantage sur l'étude des conflits de l'aménorrhéique, de son vécu et de ses relations interpersonnelles. Plusieurs caractéristiques seront traitées indépendamment afin de saisir ce qu'est

la femme en aménorrhée et ce, à travers les opinions distinctes des auteurs et leur école de pensée respective.

1.2.2 Conflits reliés au rôle féminin.

Ce sont les conflits entourant le rôle féminin (féminité) et l'attitude adulte qui prennent une plus grande place dans la littérature traitant de la femme aménorrhéique (Ihalainen, 1975; Senarclens et Fisher, 1978).

Certains auteurs ont étudié des petits groupes de femmes présentant le symptôme d'aménorrhée. Chez, Pasnau, Leiken et Batiste (1964) relèvent chez quatre aménorrhéiques une ambivalence envers le rôle féminin et la grossesse. Engels, Pattee et Wittkower (1964) ont suivi six aménorrhéiques; ils défendent prioritairement le rôle des conflits dans l'émergence de l'aménorrhée en qualifiant ce symptôme de multidéterminé. Ils ajoutent qu'il n'existe pas de profil de personnalité spécifique ni de conflit central chez l'aménorrhéique; par contre, ils l'associent au reniement de la féminité et de ses fonctions et à la régression à un stade prépubertaire. Kramar (1973) a pour sa part analysé un sujet aménorrhéique en lui associant divers traits rencontrés dans la littérature: une régression à des stades datant d'avant la puberté, une défense contre la féminité adulte ou une identification à des patterns de comportements infantiles associés à la symbiose mère-enfant.

Duret-Cosyns (1969: voir Ihalainen, 1975) situe le conflit de base de l'aménorrhéique en relation avec les parents. En étudiant huit aménorrhéiques, il forme deux catégories dont l'une se caractérise par l'identification au père d'où en résulte un refus de la féminité et l'autre, où le refus de la féminité prend place à travers une identification à des modèles de comportements infantiles. Les aménor-

rhéiques appartenant à cette deuxième catégorie sont, selon cet auteur, immatures et vivent en symbiose avec la mère.

Christie Brown (1971) compare un groupe de 24 aménorrhéiques à un groupe contrôle de 18 sujets menstrués normalement, et relève chez les premières plus d'intérêts et de comportements prépubertaires masculins et plus de rejet des styles féminins dans les vêtements et l'apparence. Pour elle, un problème d'identité datant d'avant la puberté semble être associé à une prédisposition à développer l'aménorrhée lors d'un stress.

Par la suite, les autres recherches étudiant, entre autres, le rôle féminin et la maturité ont subi l'influence de la psychologie sociale.

Frick (1975: voir Senarclens et Fisher, 1978) observe chez l'aménorrhéique un retard psychosexuel, un refus de la féminité et du rôle qu'elle implique et, elle y reconnaît de plus un défaut du processus de socialisation.

Senarclens et Fisher (1978) n'abordent pas les états conflictuels de l'aménorrhéique dans le sens du refus de la féminité. Ils notent:

Ainsi notre première démarche s'est inspirée de cette attente: percevoir la souffrance de ces femmes atteintes profondément dans leur existence féminine et même dans leur identité sexuelle; nous avons voulu d'emblée comprendre ce vécu (p. 81).

Pour ces auteurs, l'aménorrhéique vit un conflit entre ses points d'attache traditionnels et la vie qui s'offre à elle. Ainsi, elle pourra atteindre une autonomie affective et comportementale que si elle renonce à sa régression et aux bénéfices qu'elle

en retire dont une position de sécurité rassurante. En 1982, Senarclens et Fisher ont analysé l'aménorrhéique dans sa sphère familiale et sociale; ils relèvent chez celle-ci un problème à intérioriser leur identité féminine en fonction des normes sociales. Auparavant, ces mêmes auteurs écrivaient dans leur volume L'aménorrhée: féminité impossible? cette conclusion: «L'aménorrhée n'a plus sa raison d'être quand la féminité devient possible» (Senarclens et Fisher, 1978, p. 173).

Margaret Louise Herzog (1982) effectue la première recherche empirique traitant de l'identité du rôle féminin chez l'aménorrhéique. En comparant un groupe de 20 aménorrhéiques à des groupes contrôles de femmes normalement menstruées et de femmes remises de l'état d'aménorrhée, Herzog tente d'expliquer certains conflits de l'aménorrhéique en intégrant une perspective psychanalytique de l'identité du rôle sexuel et une perspective psychosociale. Elle base son étude à partir des théories de deux auteurs: Tyson et Guber. Tyson (sous presse: voir Herzog, 1982) prétend que lors de la puberté l'apparition de la menstruation crée une crise qui sera résolue par une identification mature et saine à un égo-idéal qui lui, donne une image plus élargie de la féminité. À partir de cette idée, Herzog propose: «[...] l'aménorrhée peut être reliée à une résolution inadéquate de ces conflits, pouvant se refléter dans une identité féminine non congruente avec les aspects féminins et maternels du moi idéal» (p. 51). De plus, Guber (1969: voir Herzog, 1982) affirme qu'avec la formation de l'égo et du moi idéal, les rôles féminins prennent de l'expansion. Alors, Herzog (1982) s'est penchée plus précisément sur les rôles sexuels de l'aménorrhéique et relève à partir du Bem Sex Role Inventory (Bem, 1974: voir Herzog, 1982) un conflit de rôle qui semble être associé au rôle sexuel ou à la différence existant entre le rôle sexuel idéal qu'elle désire et le rôle sexuel

réel qu'elle emprunte. De plus, le groupe de sujets aménorrhéiques souhaite s'engager en même temps dans des rôles sexuels traditionnels et dans des rôles non traditionnels, mais n'adopte que des rôles sexuels traditionnels. De ce fait, Herzog voit l'aménorrhéique non comme une femme qui refuse sa féminité mais comme celle qui idéalise son rôle sexuel, rôle qui, ainsi idéalisé, demeure éloigné de celui qu'elle endosse.

1.2.3 Conflit oral.

Le conflit à thème d'oralité est la deuxième caractéristique importante chez la femme en aménorrhée dans la littérature. Kelley et al. (1954) parlent d'une oralité de nature agressive. Ils observent, tout comme Ihalainen (1975), des facteurs émotionnels associés à la nourriture et à l'acte de manger ainsi que des changements (gains et pertes) significatifs dans le poids corporel de ces femmes.

Plusieurs auteurs (Brown et al., 1983; Fries, 1974; Herzog, 1982; Senarclens et Fisher, 1978) se sont penchés surtout sur la présence des fluctuations de poids chez l'aménorrhéique. Fries (1974), à partir d'une population de 40 aménorrhéiques étudie plus particulièrement 30 de celles-ci car elles présentent une perte de poids significative ($\approx 13,7$ kg) voulue lors de l'apparition du symptôme de l'aménorrhée. Il classe ces femmes en se basant sur les raisons de leur amaigrissement et les répartit en diverses catégories allant du simple prétexte esthétique à l'anorexie grave. Pour cet auteur, l'aménorrhée et l'anorexie se situent sur un même continuum où la phase intermédiaire est le comportement anorexique. Malheureusement, il ne parle pas des aménorrhéiques sans amaigrissement et n'a pas enrichi son travail d'expériences psychothérapeutiques. Senarclens et Fisher (1978) partagent une opinion semblable: «Nous avons formulé l'hypothèse qu'il s'agirait assez souvent

des pôles d'une maladie unique et que leur indice de gravité proviendrait de facteurs individuels et environnementaux [...]» (p. 124). Pour ces auteurs, l'anorexie mentale symbolise le rejet de la sexualité s'exprimant sur un mode oral. Ils soulignent qu'étant donné la possibilité pour l'aménorrhéique de devenir anorexique, il serait important pour la prévention, de reconnaître le contrôle obsessionnel qu'elles ont envers leur propre corps; signe d'un problème de perception de soi.

Herzog (1982) relève aussi dans son étude les difficultés vécues par ces femmes à régulariser leur poids et souligne que lors de l'apparition de l'aménorrhée, le poids corporel des sujets aménorrhéiques était inférieur à leurs poids idéal. Elle ajoute que ces femmes tentent de diminuer les calories ingérées mais sans suivre une diète spéciale.

Mauvais-Jarvis (1982) observe chez les aménorrhéiques plus de tendances anorexiques que de tendances boulimiques ce qui vient appuyer la constatation des auteurs précédents.

1.2.4 Conflits relatifs à l'image du corps.

Le vécu corporel de l'aménorrhéique a été abordé lors de l'étude du conflit oral. Les fluctuations (gains et pertes) de poids observées chez ces femmes sont en relation avec une insatisfaction envers leur propre corps (Ihalanien, 1975) et peuvent être associées à des raisons esthétiques (Fries, 1974; Senarclens et Fisher, 1978). Ces préoccupations en rapport à l'apparence extérieure de leur corps révèlent un vécu d'angoisse face à celui-ci (Senarclens et Fisher, 1978).

Chez et al. (1964) ressortent à partir des résultats au test du Dessin

de la personne une distorsion de l'image du corps chez l'aménorrhéique. Brown et al. (1983) arrivent à des conclusions semblables en soumettant 17 sujets aménorrhéiques à deux entrevues psychiatriques, aux tests du Rorschach et du M.M.P.I.

Schreiber et al. (1983) comparent un groupe de 15 aménorrhéiques à un groupe contrôle de sujets menstrués normalement et observe le même phénomène que Rodewald (1976: voir Schreiber et al., 1983): les femmes en aménorrhée présentent une attitude négative envers leurs corps et plus spécifiquement envers les parties associées à la sexualité.

L'observation de l'aménorrhéique dans sa relation avec son corps laisse entrevoir l'attitude qu'elle a envers certaines fonctions de celui-ci telles que la menstruation et la sexualité.

1.2.5 Attitudes envers la menstruation.

Étant donné que l'aménorrhée signifie une absence de menstruation, il serait intéressant de vérifier l'attitude adoptée par l'aménorrhéique face à celle-ci.

Dans leurs études respectives, Fries et Nillius (1974), Rodewald (1976: voir Schreiber et al., 1983) et Brown et al. (1983) observent chez l'aménorrhéique une attitude négative envers la menstruation. En utilisant le Semantic differential pour vérifier la présence de cette attitude chez ses sujets aménorrhéiques, Ihalainen (1975) ne relève aucune différence entre les résultats de ces sujets et ceux des sujets du groupe de femmes normales et du groupe de femmes névrotiques. Cependant, 14% des aménorrhéiques ne se souviennent pas de leur premier écoulement menstruel comparativement à 2% chez le groupe contrôle de femmes névrotiques;

un nombre légèrement élevé de sujets du groupe expérimental rapportent avoir vécu leur première menstruation comme un choc. De plus, cet auteur dégage des réponses aux questionnaires d'informations personnelles, que presque la moitié des aménorrhéiques ont reçu l'information sur la menstruation en dehors du milieu familial. À ce sujet, Rodewald (1976: voir Schreiber et al., 1983) et Schreiber et al. (1983) observent chez ces femmes une pauvreté des connaissances en ce qui concerne la menstruation et croient qu'une réaction de peur ou une attitude négative envers celle-ci amène l'aménorrhéique à éviter la recherche d'information concernant cette fonction corporelle. Schreiber et al. (1983) présument que l'aversion ressentie par l'aménorrhéique envers la menstruation existait avant l'apparition de l'aménorrhée car les sujets de son étude ont une moyenne d'âge de 24 ans, ils vivent ce problème depuis au moins 18 mois et dans notre culture l'enseignement du cycle menstruel a lieu au cours de l'adolescence.

1.2.6 Conflits en relation avec la sexualité.

À partir d'observations cliniques et de réponses à des questionnaires d'informations personnelles, certains chercheurs ont mis en évidence chez l'aménorrhéique, des conflits entourant la sexualité.

Fries (1974) et Ihalainen (1975) observent chez leurs sujets en aménorrhée, une plus grande proportion de femmes vierges. De plus, ils remarquent chez celles qui ont eu des expériences sexuelles, qu'elles ont vécu leur premier coït à un âge plus avancé que les sujets des groupes contrôles.

Plusieurs auteurs (Chez et al., 1964; Ihalainen, 1975; Schreiber et al., 1983) observent chez l'aménorrhéique des difficultés en rapport avec l'acte sexuel

et d'autres (Ihalainen, 1975; Senarclens et Fisher, 1978), relèvent une insatisfaction face à leur vie sexuelle. Frick (1975: voir Senarclens et Fisher, 1978) insiste sur l'importance des problèmes sexuels chez l'aménorrhéique. Tout comme Fries (1974) et Senarclens et Fisher (1978), elle croit à la relation existant entre l'aménorrhée et l'anorexie; elle distingue différentes classes allant de l'aménorrhée réactionnelle à l'anorexie mentale, en se basant sur le degré d'introversion de cette femme et son attitude envers la sexualité.

Senarclens et Fisher (1978) rapportent aussi les conflits envers la sexualité chez l'aménorrhéique. Ils ajoutent qu'ils peuvent être l'élément déclencheur du symptôme associé soit au choc du premier coït ou à la cessation d'une relation intime suivie de l'abandon, par cette femme, d'une fonction devenue inutile. De plus, ces auteurs font intervenir la notion d'ambivalence envers la sexualité: «La sexualité pour la jeune aménorrhéique est un sujet d'envie, d'attente impatiente mais qu'elle remet à plus tard pour toutes sortes de raisons» (p. 124). Il existe chez la plupart d'entre elles un grand désir de vivre intensément leur sexualité mais la différence importante entre les idéologies et les attentes du milieu familial et de son univers social, rend difficile ce vécu (Senarclens et Fisher, 1982). Il devient donc nécessaire d'analyser la sphère familiale et l'univers social de l'aménorrhéique pour en comprendre ses conflits et la raison d'être du symptôme d'aménorrhée.

1.2.7 Constellation familiale.

La problématique de la femme en aménorrhée exige l'exploration d'une abondance de facteurs dont la sphère familiale et l'univers social.

Senarclens et Fisher (1978) postulent que l'aménorrhée représente pour

certaines femmes, le seul moyen de s'adapter à une situation. Souvent, l'aménorrhée se produit lors d'une émotion forte, d'un événement inattendu. Mais selon ces auteurs, elle est davantage le résultat d'un passé de difficultés, de luttes et d'abandon. L'étude du milieu dans lequel elle a grandi devient donc primordial pour découvrir ce qu'elle a vécu.

Avant d'aborder les relations qu'entretiennent les aménorrhéiques avec leurs parents¹, des renseignements généraux concernant la constellation familiale seront relevés.

Dans son étude empirique, Ihalainen (1975) indique que le milieu familial des aménorrhéiques semble passablement harmonieux. Senarclens et Fisher (1978) mettent en évidence des informations contraires: plus de la moitié de leurs sujets en aménorrhée proviennent de familles caractérisées par des conflits, le divorce des parents ou la séparation du milieu familial et une proportion semblable (\approx 50%) rapportent avoir vécu des mauvaises conditions de vie ou souffert de carences affectives. De plus, ils notent que 15% de ces femmes (n = 104) rapportent avoir vécu dans leur enfance des deuils ou événements entraînant les mêmes conséquences; Ihalainen (1975) et Fries (1974) soulignaient que la perte d'un parent pendant l'enfance ne semblait pas être plus fréquent parmi les sujets aménorrhéiques. Il est à noter que dans le calcul des proportions ci-haut mentionnées, Senarclens et Fisher n'ont malheureusement pas fait de distinction entre les aménorrhéiques simples et les anorexiques (n = 34).

¹Aucune autre donnée concernant les relations de l'aménorrhéique avec d'autres membres de sa famille n'est disponible dans la littérature.

Senarclens et Fisher (1978) relèvent un autre trait particulier des familles d'aménorrhéiques: le nombre moyen d'enfants est de 2,7 par famille alors que celui de leur population de référence est de 1,9. Ces auteurs s'interrogent sur cette observation car un nombre élevé d'enfants traduit un besoin d'intégration familiale où l'enfant joue un très grand rôle et, un modèle de fonctionnement traditionnel qui renforce le statut inférieur de la mère augmentant de ce fait la différence entre les parents.

À travers l'étude du milieu familial des aménorrhéiques, Ihalainen (1975) met en évidence certaines opinions émises par ces femmes: elles considèrent que leurs parents agissent envers elles comme si elles étaient plus jeunes que l'âge qu'elles ont réellement et, dans leurs familles respectives, les parents préfèrent les garçons aux filles. De plus, en se basant sur les résultats aux tests et sur les données des entrevues, cet auteur relève chez ces sujets aménorrhéiques une dépendance prononcée envers le père et la mère.

Senarclens et Fisher (1978) remarquent que la majorité des aménorrhéiques de leur étude ne semblent pas avoir intégré l'image des parents comme un tout affectivement proche. L'aménorrhéique ne voit pas ses parents comme un ensemble lié affectivement; elle les perçoit l'un et l'autre de façon différente et entretient avec chacun d'eux des relations distinctes.

1.2.7.1 Relation avec la mère.

Il est reconnu que pendant l'adolescence les mésententes entre mère et fille peuvent se produire fréquemment. Senarclens et Fisher (1978) notent que les tensions engendrées par ces conflits ne sont pas liquidées par l'aménorrhéique.

Elle utilise plutôt le langage corporel soit l'aménorrhée pour s'adapter à cette situation.

Dans la littérature traitant de la femme en aménorrhée, les relations conflictuelles existant entre celle-ci et sa mère sont souvent mentionnées.

À partir d'une perspective psychanalytique, Loftus (1962) soutient que la mère de l'aménorrhéique suscite la rage et la culpabilité chez sa fille. Il ajoute, à la suite de l'observation de 5 cas d'aménorrhée, qu'en dépit des traits extérieurs d'une identité féminine, le fonctionnement psychodynamique de ces femmes est marqué par un problème d'identification à la mère. Fries (1974) estime que le point de vue de Loftus est exagéré, cependant il mentionne que les mères des aménorrhéiques semblent être surprotectrices et autoritaires. La rage que ressent la fille envers sa mère et la peur qu'elle a d'en perdre son affection, peut rendre difficile l'instauration d'une identité psychologique séparée de la mère surprotectrice (Herzog, 1982). Certains auteurs (Duret-Cosyns, 1969: voir Ihalainen, 1975; Kramar, 1973; Senarclens et Fisher, 1978), ont déjà noté la relation symbiotique existant entre l'aménorrhéique et sa mère. Fogel (1979) parle plutôt de «separation-individuation conflict» commun aux aménorrhéiques qui commencent leur propre famille; celles-ci entretiennent un contact continu avec la maison familiale et, bien qu'elles soient déjà femmes, certaines parties de leur personnalité veulent demeurer enfant.

Ihalainen (1975) aborde l'étude du milieu familial de l'aménorrhéique d'une manière plus sophistiquée. Chaque sujet aménorrhéique est soumis à une entrevue d'une durée de deux à trois heures et à un questionnaire contenant entre autres, 46 variables associées aux données familiales. Il compare les résultats

à ceux des sujets du groupe contrôle de femmes névrotiques soumises aux mêmes exigences; les données relevées des sujets d'un autre groupe contrôle formé de femmes normales se sont avérées invalides. Il relève que la mère des aménorrhéiques est plus possessive envers sa fille, moins satisfaite au plan sexuel et plus socialement satisfaite que la mère des sujets névrotiques. De plus, la relation existant entre les femmes en aménorrhée et leur mère est plus fermée que celle existant entre les sujets névrotiques et leur mère.

Senarclens et Fisher (1978, 1982) mettent en évidence certaines particularités chez cette mère. Elle semble être plus dépendante de sa fille, centrée sur elle-même et quelque fois incongruente; elle se veut libérée mais en même temps, elle est bourrée de principes et, dépendant de son humeur elle prêche soit une morale pleine d'interdits ou une vie libre. Ces auteurs soulignent que la mère de l'aménorrhéique s'occupe avant tout de son rôle et de sa propre fonction génitale (elle est souvent insatisfaite au plan sexuel) au détriment des besoins de sa fille. En effectuant auprès des sujets un retour au passé, ces auteurs découvrent que ceux-ci n'ont pas reçu les soins et l'affection nécessaires car les mères n'avaient pas perçu les besoins de leur enfant.

Herzog (1982) tente dans son étude de décrire la mère de l'aménorrhéique. Elle soutient que la mère est le premier modèle de rôle pour la fille et rapporte ce qu'Thalainen (1975) avait déjà établi: l'image que se fait la fille de l'attitude de sa mère dans la famille a une grande importance dans l'acceptation de son rôle féminin. À partir de ces éléments et de certaines données de la littérature, Herzog compare la perception de l'aménorrhéique face à l'implication de la mère dans

la famille, à la satisfaction de celle-ci dans son rôle de mère et à son insatisfaction dans son rôle de femme, aux perceptions des groupes contrôles. Elle s'attendait à des scores plus élevés chez les aménorrhéiques mais, aucune différence n'a pu être relevée.

1.2.7.2 Relation avec le père.

La relation entre l'aménorrhéique et son père ne prend pas une grande importance dans la littérature, par contre certains points sont soulevés.

Ihalainen (1975) relève chez ce père, de la difficulté à contrôler ses sentiments négatifs et une faiblesse de caractère. Dans les familles des aménorrhéiques, le père semble être un participant actif par contre, socialement, il réussit moins bien. À partir de ses données, Ihalainen (1975) souligne que lorsque le père a un rôle actif dans la famille, l'apparition de la fonction menstruelle est remise à plus tard.

Senarclens et Fisher (1978) insistent plus particulièrement sur ce que représente le père pour l'aménorrhéique. En 1964, Senarclens (voir Senarclens et Fisher, 1978) croyait qu'un des facteurs importants dans l'étiologie de l'aménorrhée était l'absence du père. Elle disait à cette époque que le père, vivant, mort ou distant, était vécu par la fille comme un personnage effacé, manquant d'autorité et non comme l'être rêvé de ses fantasmes. Par la suite, Senarclens et Fisher (1978) élaborent une autre opinion: le père est toujours présent dans l'esprit de l'aménorrhéique. Ils notent: «Ignoré, détesté, disparu ou mort, le père existe tantôt dans les fantasmes, tantôt en chair et en os» (p. 102). Ils remarquent que les jeunes aménorrhéiques rêvent d'un père fort, affectueux et moderne alors que celui-ci

présente des principes rigides. Senarclens et Fisher (1978) s'interrogent sur la différence existant entre la génération du père et celle de la fille croyant que les idéologies des jeunes peuvent augmenter le fossé entre les deux générations. Comme il est noté auparavant, la mère se prétend à l'avant-garde et peut pousser sa fille à agir de la sorte, mais le père lui, demeure plus prudent et anxieux.

Dans ce contexte familial, l'ambivalence prend la forme d'une lutte dans l'alternance de ces phénomènes bien connus: besoin de dépendance - recherche d'autonomie, faiblesse - force, tradition - contestation, amour - impulsion de haine, sans oublier la notion si importante d'acceptation par les autres et d'auto-acceptation (Senarclens et Fisher, 1978, p. 103).

1.2.8 Relations interpersonnelles.

L'univers social de l'aménorrhéique se caractérise par sa pauvreté; certains événements tels que des déceptions, des échecs ou la maladie, semblent l'éloigner d'une vie sociale ou servir de prétexte pour justifier ce retrait (Senarclens et Fisher, 1978).

Certains auteurs (Brown et al., 1983; Chez et al., 1964) relèvent chez l'aménorrhéique des relations interpersonnelles problématiques en rapport avec une pauvre estime de soi. De plus, un état d'isolement identifié chez ces femmes peut les rendre plus vulnérables aux ruptures avec un(e) ami(e) ou un partenaire sexuel (Brown et al., 1983; Senarclens et Fisher, 1978). Senarclens et Fisher (1978) estiment que l'aménorrhée se produit souvent à l'approche ou à la suite d'une de ces séparations, car il est possible que ces femmes, inhibées, ne puissent compenser par des relations de substitution.

Senarclens et Fisher (1978, 1982) remarquent que l'univers social de la jeune aménorrhéique se limite à l'école, a peu d'amis et qu'il prend une grande importance étant situé en dehors du cadre familial. L'école est plus intéressante pour les contacts avec les copains que pour ce qui y est enseigné. Cependant, les échecs aux examens sont vécus d'une façon dramatique et sont souvent associés à l'apparition du symptôme aménorrhéique. Selon ces auteurs, il est indispensable pour cette jeune fille de s'intégrer au groupe et de se prouver à elle-même qu'elle est comme les autres. Pour y arriver, elle cherchera constamment à se faire accepter en répondant aux exigences fixées par le groupe. Ce groupe véhicule des consignes, des idéologies et il est possible que le désir de la fille d'avoir un corps mince et allongé, la manière de s'habiller, le vocabulaire utilisé, etc. facilitent son acceptation au sein de ce groupe (Senarclens et Fisher, 1978, 1982). La jeune aménorrhéique prend donc refuge dans des comportements et attitudes se situant loin de son vécu familial, souvent rigide; plus ceux-ci se produisent moins ils seront tolérés par la famille entraînant ainsi des relations difficiles et tendues avec ses parents et dans son groupe de pairs. Senarclens et Fisher (1982) soutiennent: «L'aménorrhée est donc, surtout, une manifestation dans le langage corporel de l'incompatibilité existant entre l'expérience acquise dans la famille et les demandes sociales et culturelles venant du monde extérieur (p. 331).

CHAPITRE II

ACTUALISATION DE SOI ET AMÉNORRHÉE PSYCHOGÈNE

Ce deuxième chapitre présente la revue de la littérature en relation avec la variable dépendante de cette étude soit l'actualisation de soi.

La première partie concerne le concept d'actualisation de soi et aborde son origine, la conception de Maslow et de Shostrom et les caractéristiques de la personne actualisée selon ces auteurs.

La deuxième partie met en relation le concept d'actualisation de soi et la femme en aménorrhée. Elle met en évidence des traits de personnalité de l'aménorrhéique pouvant être associés à un faible niveau d'actualisation de soi pour finalement en arriver à présenter l'hypothèse centrale de la recherche.

2.1 Le concept d'actualisation de soi

2.1.1 Origine et concept d'actualisation de soi selon Maslow.

Le concept d'actualisation de soi appartient à la psychologie humaniste. Cette troisième force se distingue de la psychanalyse et du behaviorisme par sa vision dynamique de l'homme; elle étudie la personne humaine en termes de santé mentale, de potentiel humain et de réalisation de l'homme.

Goldstein (1939: voir Maslow, 1954) a été le premier à utiliser le terme «actualisation». Allport (1955) développe un concept semblable en parlant de

maturité, de processus de développement ou de croissance. Pour sa part, Rogers (1968) introduit la notion de développement et associe à la personne des tendances positives, constructives, dirigées vers l'actualisation et progressant vers la maturité et la socialisation.

Plusieurs auteurs tels que Fromm, Horney et ceux cités précédemment ont influencé la pensée de Maslow; ils orientent leur travail sur la tendance de la personne humaine à la croissance et à l'actualisation. De son côté, Maslow (1954) élabore une théorie de la motivation dont la base repose sur les besoins fondamentaux. Il perçoit la personne humaine selon une conception particulière; tout individu a un instinct ou un potentiel génétique et l'être humain est un tout organisé c'est-à-dire qu'il est motivé dans tout son ensemble et non en partie. De plus, il ajoute que les besoins sont fondamentaux car ils demandent à être comblés et l'homme est motivé dans ce sens.

Maslow (1954) classifie les besoins fondamentaux selon une hiérarchie ou une pyramide. À la base se situent les besoins physiologiques tels que se nourrir, boire, respirer. Ils sont les plus dominants de tous les besoins; ils demandent à être satisfaits en premier. Ensuite, viennent les besoins de sécurité incluant la stabilité, la protection, etc... Ils sont en force chez l'enfant et l'adulte vivant un sentiment de menace ou d'insécurité, cherchera à les combler. Dans le but de les satisfaire, ils peuvent régresser à un niveau inférieur où ces besoins étaient comblés. Au stade suivant apparaissent les besoins d'amour et d'appartenance. L'individu a besoin de s'intégrer au groupe, de se faire accepter d'eux; il a besoin d'aimer et d'être aimé. Ensuite, se retrouvent à l'autre échelon les besoins d'estime ou de

considération. Ces besoins se subdivisent en deux catégories dont l'une s'associe à l'amour propre: l'indépendance, la compétence, etc. et l'autre fait référence à l'estime venant des gens tel que le prestige, la réputation, etc. Au dernier stade se situent les besoins d'actualisation de soi. Selon Maslow, les besoins de niveau supérieur ne peuvent être satisfaits si ceux qui les précèdent ne le sont pas. Lorsqu'un besoin est satisfait, il cesse d'avoir un rôle déterminant permettant ainsi à l'individu d'accéder à un niveau de besoins plus élevé.

Maslow (1954) insiste sur le besoin d'actualisation de soi et ajoute que contrairement aux autres besoins, il ne se manifeste pas par un manque de l'organisme mais il est plutôt motivé par la croissance et l'intérieur de l'homme. Maslow (1954) le définit comme suit:

Désir de l'homme pour l'accomplissement de soi, c'est-à-dire la tendance pour lui à devenir actualisé dans ce qu'il est potentiellement. Cette tendance pourrait être exprimée comme le désir de devenir de plus en plus ce qu'il est, de devenir ce qu'il est capable de devenir (p. 46)¹.

Maslow ajoute que la satisfaction des besoins de niveau inférieur (besoins physiologiques, de sécurité, d'amour et d'estime) est une condition nécessaire à l'émergence du besoin d'actualisation de soi. Ce besoin permet à l'individu de donner libre cours à ses facultés, de se perfectionner, de créer et rendre effectives ses ressources ou potentialités jusqu'alors inexploitées.

¹ La pagination réfère à l'édition de 1970.

2.1.2 Évolution du concept de Maslow.

La démarche de Maslow (1972) provient principalement de l'étude et de l'observation d'individus qui s'actualisent. Comparativement à la moyenne des gens, la personne actualisée a satisfait ses besoins de base (physiologiques, sécurité, amour et estime) et présente une motivation différente à se réaliser. Selon cet auteur, les besoins fondamentaux sont des étapes sur le chemin de la réalisation de soi; celle-ci n'est pas statique, n'est pas un stade final ou un but lointain, elle est plutôt un processus dynamique, une manière active de vivre. Pour Maslow, l'actualisation de soi correspond à un besoin de croissance et non à un besoin de déficience comme le sont les autres (physiologiques, sécurité, amour). Peu de gens semblent avoir atteint l'état d'actualisation de soi par contre, il est plus courant de rencontrer des gens en voie d'actualisation (Maslow, 1972). Maslow ajoute que les personnes actualisées présentent plus souvent un âge avancé. Il élabore une nouvelle définition d'actualisation de soi:

Une période et un effort durant lesquels les forces de la personne trouvent leur unité d'une manière particulièrement efficace, intense et agréable; l'individu est alors plus intégré, moins divisé, plus ouvert sur l'expérience, plus attentif à sa propre personnalité, plus expansif, plus spontané, plus créateur, plus enclin à l'humour, moins centré sur lui-même, plus indépendant de ses besoins de base, etc. Durant cette période, l'individu devient davantage lui-même, il réalise ses potentialités, se rapproche de l'essentiel et de ce qu'il est, de la plénitude de son humanité (p. 111).

Maslow associe à cette définition les expériences paroxystiques représentant des moments privilégiés d'actualisation de soi; elles sont vécues plus souvent par des personnes actualisées ou en voie de développement de soi. L'état d'actualisa-

tion de soi peut donc, selon cet auteur, se produire à n'importe lequel moment de la vie d'un individu. Il ajoute que chez la personne en voie d'actualisation de soi, ces périodes sont plus fréquentes, plus intenses et plus parfaites que chez les autres; la réalisation de soi n'est donc pas une affaire du tout ou rien mais une question de degré, de fréquence. Maslow souligne donc, qu'un individu peut vivre des moments d'actualisation de soi sans avoir atteint nécessairement l'état d'actualisation retrouvé chez peu de gens.

Étant donné que cette présente étude concerne spécifiquement la femme, il est intéressant de soulever l'opinion de Maslow (1972) face à l'actualisation de celle-ci. Il indique que l'actualisation de soi de la femme doit référer à celle d'une personne particulière pour être possible et non à celle de l'espèce femme car la féminité, prépondérante sur la personnalité, cherchera à être comblée d'abord. C'est elle en tant que personne qui a de la valeur et non l'espèce femme.

2.1.3 Le concept d'actualisation de soi selon Shostrom.

Shostrom (1967), auteur adhérent aussi à la philosophie humaniste, développe sa théorie d'actualisation de soi en considérant que chaque être humain est à un certain degré manipulateur et que dans les manipulations, il peut développer un potentiel positif qui le rendra plus actualisé.

C'est en comparant le manipulateur à la personne actualisée que Shostrom (1967) élabore sa théorie. Il caractérise l'homme de manipulateur qu'il définit comme une personne qui exploite, utilise ou contrôle les autres ou, qui se contrôle elle-même. Le manipulateur dissimule et camoufle ses vrais sentiments à travers des comportements allant de l'arrogance et de l'hostilité à la basse flatterie et ce, dans l'intention

de répondre à ses désirs; son but est de contrôler. Il est manipulateur car il n'a pas pris conscience de son potentiel actualisant. À l'opposé, la personne actualisée peut être définie comme celle qui utilise tout son potentiel et exprime son moi actuel. Shostrom (1967) indique que le comportement actualisé est simplement le comportement manipulateur exprimé d'une façon plus créative. L'individu en actualisation de soi vit plus pleinement; il exploite tout son potentiel disponible rendant ainsi sa vie plus enrichissante.

La philosophie de vie d'une personne actualisée implique selon Shostrom quatre attitudes fondamentales:

- l'honnêteté, l'authenticité
- la conscience, la sensibilité, l'intérêt
- la liberté, la spontanéité, l'ouverture
- la confiance.

Ainsi, la théorie de Shostrom (1967) s'inscrit dans une démarche d'intégration personnelle où l'individu actualisé utilise ce qui est intérieur à lui-même; sa vie n'est pas une bataille quotidienne comme pour le manipulateur, elle est un processus de croissance et de développement de soi.

2.1.4 Opérationnalisation de l'actualisation de soi.

Shostrom (1966) développe le Personal Orientation Inventory dans le but de fournir un instrument standardisé permettant de mesurer les valeurs et les comportements considérés comme importants dans le développement de l'actualisation de soi d'une personne. Il bâtit cet instrument parallèlement à son cheminement théorique en se basant sur sa conception personnelle de l'actualisation de soi et

sur celles de différents auteurs dont Maslow, Perls et Rogers.

Shostrom rapporte que le contenu du P.O.I. est fondé à partir de jugements de valeur identifiés par des psychothérapeutes chez leurs clients et ce, pendant une durée de cinq ans. Tosi et Lindamood (1975) estiment que cet instrument est le seul qui mesure spécifiquement l'actualisation de soi.

Ce test standardisé comprend deux dimensions majeures: l'usage du temps et l'autonomie (Goldman et Olczack, 1975). Pour Shostrom (1966), ces dimensions correspondent aux deux échelles principales du P.O.I.: l'échelle Compétence dans le temps (T_C) et l'échelle Support interne (I). Ces échelles sont celles qui discriminent le mieux les gens actualisés des gens normaux et non actualisés. La Compétence dans le temps est la capacité de vivre plus pleinement dans l'ici et maintenant, de lier le passé et le futur au présent dans une continuité significative. Le passé est utilisé pour refléter la pensée et le futur est lié aux buts présents. Le Support interne désigne l'orientation de l'individu, c'est-à-dire si son mode de réaction est caractérisé davantage par une direction intérieure ou une direction guidée par les autres. La personne actualisée est à un certain degré sensible à son environnement mais la source de ses actions est davantage intérieure (Shostrom, 1967). Ces deux échelles, soit la Compétence dans le temps et le Support interne, couvrent à elles seules tous les items du test. D'ailleurs, le score global reflétant le niveau d'actualisation de soi de la personne, s'établit à partir de la somme des résultats à ces deux échelles.

De plus, cet instrument contient dix sous-échelles reflétant d'autres dimensions importantes d'une personne actualisée: valeurs d'actualisation de soi,

existentialité, réaction à l'émotion, spontanéité, perception de soi, acceptation de soi, nature de l'homme, synergie, acceptation de l'agressivité et capacité de contact intime. Elles seront définies lors de l'analyse de l'instrument de mesure au deuxième chapitre.

2.1.5 Caractéristiques de la personne actualisée.

2.1.5.1 Selon Maslow.

À travers ses écrits, Maslow (1954, 1972) distingue des caractéristiques propres aux gens actualisés ou en voie d'actualisation de soi en se référant à des façons d'être, de penser ou à des comportements. Les caractéristiques mises en évidence par Maslow sont ici regroupées.

La personne qui poursuit la réalisation de soi a une perception plus adéquate de la réalité; elle fait preuve d'un bon jugement et perçoit les autres d'une manière objective et non faussée. Elle démontre une acceptation de soi et de la condition humaine, elle accepte et assume les insuffisances de la nature humaine et au lieu de chercher à les nier, elle arrive à s'en amuser. Maslow (1954) indique que les processus physiologiques tels que la sexualité, la grossesse, la menstruation, le vieillissement, etc. font partie de la réalité et doivent être acceptés.

La personne qui s'actualise est moins dépendante, plus autonome et est déterminée par des motifs intérieurs et non par des influences de l'environnement ou de la société. Elle est indépendante face à son environnement et montre un certain détachement intérieur face à sa culture; elle résiste à l'acculturation en étant autonome et individualiste plutôt que conventionnelle. Cette personne présente

une structure de caractère démocratique. Maslow (1954) remarque chez tous ses sujets actualisés du détachement, un besoin de solitude et en même temps, un désir authentique d'aider la race humaine. Ces personnes ont la capacité d'établir des relations interpersonnelles profondes vu leur sentiment de confiance, d'affection et de sympathie envers l'être humain.

L'individu actualisé est centré sur ses problèmes plutôt que sur lui-même; il est donc moins égocentrique. Il est spontané, simple, naturel et a la capacité d'apprécier avec naïveté les bontés de la vie. L'inconnu, le mystérieux ne l'effraient pas au contraire, la personne actualisée éprouve souvent une attirance positive envers ceux-ci. Elle a un sens de l'humour philosophique plutôt qu'hostile. Ces personnalités sont capables de synthèse, de fusionner en une unité ce qui est séparé et même opposé; elles résolvent les dichotomies, les polarités.

Pour Maslow (1954, 1972), la caractéristique universelle et essentielle des gens actualisés est la créativité. C'est une potentialité présente chez l'être humain à la naissance et une caractéristique fondamentale de la nature humaine.

2.1.5.2 Selon Shostrom.

Shostrom (1967) ne développe guère les caractéristiques de la personne actualisée; il met l'emphasis sur l'opérationnalisation du concept d'actualisation de soi déjà décrite.

Il note que la personne actualisée s'accepte elle-même à travers ses désirs et ses comportements. De plus, elle accepte les autres, est compréhensive et à l'écoute de ceux-ci. L'individu qui s'actualise vit pleinement le moment présent

et fonctionne sous le principe d'ici et maintenant. Shostrom associe à la personne actualisée la qualité de congruence qui signifie que les sentiments vécus par cette personne sont en accord avec ce qu'elle expérimente et ce qu'elle communique ou exprime.

2.2 Relation entre l'actualisation de soi et la femme en aménorrhée

Dans la littérature abordant la description de la femme en aménorrhée, aucune étude ne relève le niveau d'actualisation de soi de cette femme. Par contre, plusieurs auteurs mettent en évidence des données concernant son accomplissement et sa réalisation de soi. Cette partie décrit ces données ainsi que certains traits de personnalité de la femme aménorrhéique, mentionnés lors du relevé de la littérature, laissant croire à un bas niveau d'actualisation de soi.

Certains auteurs (Fries, 1974; Ihalainen, 1975; Mauvais-Jarvis, 1982) relèvent parmi leurs sujets aménorrhéiques une plus grande proportion de célibataires, d'intellectuels (Aksel, 1979; Fries, 1974) et de femmes présentant un niveau de scolarité élevé (Fries, 1974). De plus, les aménorrhéiques démontrent un intérêt marqué pour les activités physiques et sportives (Fries, 1974) et semblent pratiquer plus de sports compétitifs et s'adonner à plus de hobbies comparativement aux sujets du groupe contrôle de femmes normales (Ihalainen, 1975). Fogel (1979) remarque que les aménorrhéiques semblent avoir une vie de transition: la plupart du temps elles quittent leur foyer pour leurs études et sont sujettes aux voyages. Ces caractéristiques observées ne sont pas associées à la pathologie mais représentent des différences en comparaison avec la femme normale.

D'autres traits, cette fois en rapport avec la dynamique pathologique

de la femme en aménorrhée, sont mis en évidence. Prill (1964: voir Kramar, 1973) estime que le problème central chez l'aménorrhéique se situe au niveau de la réalisation de soi: cette femme ne parvient pas à atteindre une identification féminine saine. Il note chez celle-ci une perte de vitalité physique et mentale l'empêchant d'affronter efficacement ses problèmes ainsi que la présence d'un sentiment d'inadéquacité en rapport avec cette incapacité.

Senarclens et Fisher (1978) remarquent l'existence d'un décalage critique entre les désirs profonds, les ambitions de l'aménorrhéique et sa capacité à les réaliser. L'aménorrhée traduit ainsi l'écart entre ce que la jeune fille a reçu et ce qu'elle doit accomplir pour être à la hauteur. Herzog (1982) relève également une différence entre les désirs de l'aménorrhéique et ce qu'elle réalise. Elle conclut à partir des résultats de son étude que cette femme désire s'engager indifféremment dans des rôles sexuels traditionnels que non traditionnels, mais qu'en fait elle emprunte seulement des rôles sexuels traditionnels. L'aménorrhéique ne répond pas à tous ses désirs et ses ambitions. En agissant ainsi, peut-être se refuse-t-elle l'atteinte d'une actualisation de soi.

Les données ci-haut mentionnées supposent chez l'aménorrhéique des difficultés d'actualisation. De plus, certains traits de personnalité de cette femme déjà soulevés lors du premier chapitre, vont à l'encontre des caractéristiques de la personne actualisée telles que décrites par Maslow et Shostrom.

L'aménorrhéique semble présenter des difficultés à vivre pleinement dans l'ici et maintenant. Elle paraît attachée à son passé de par ses traits d'immaturation (Duret-Cosyns, 1969: voir Senarclens et Fisher, 1978; Kelley et al., 1954),

de régression (Engels et al., 1965; Senarclens et Fisher, 1978), ses difficultés de maturation (Easser, 1954: voir Herzog, 1982) et son échec dans l'atteinte d'une attitude adulte (Senarclens et Fisher, 1978). De plus, ses aspirations ne semblent pas liées aux buts présents; elle idéalise son rôle sexuel qui demeure éloigné de celui qu'elle endosse (Herzog, 1982) et, ce qu'elle réalise ne correspond pas à tous ses désirs et ambitions (Herzog, 1982; Senarclens et Fisher, 1978).

Certains traits de dépendance sont mis en évidence: une dépendance envers les parents (Ihalainen, 1975), la présence d'une relation symbiotique mère-enfant (Duret-Cosyns, 1969: voir Ihalainen, 1975; Kramar, 1973; Senarclens et Fisher, 1978) et une recherche constante à se faire accepter est relevée chez les jeunes aménorrhéiques (Senarclens et Fisher, 1978).

Plusieurs caractéristiques dénotent chez cette femme des difficultés à s'accepter elle-même. Premièrement, en rapport avec la féminité ou le rôle de femmes, les auteurs indiquent:

- refus du rôle de femme (Dunbar, 1954: voir Senarclens et Fisher, 1978)
- reniement de la féminité (Engels et al., 1964; Frick, 1975: voir Senarclens et Fisher, 1978)
- problèmes à intérioriser leur identité féminine (Senarclens et Fisher, 1978).

Deuxièmement, en rapport avec l'image du corps, d'autres auteurs soulèvent:

- insatisfaction envers leur propre corps (Ihalainen, 1975)
- vécu d'angoisse face à l'apparence extérieure de leur corps (Senarclens et Fisher, 1978)
- attitude négative envers leur corps (Rodewald, 1976: voir Schreiber et al.,

1983; Schreiber et al., 1983).

D'autres particularités chez cette femme peuvent suggérer un niveau plutôt faible d'actualisation de soi:

- problèmes de perception de soi (Senarclens et Fisher, 1978)
- pauvre estime de soi (Brown et al., 1983; Chez et al., 1964)
- difficultés en rapport avec l'acte sexuel (Chez et al., 1964; Ihalainen, 1975; Schreiber et al., 1983)
- univers social pauvre (Senarclens et Fisher, 1978)
- non-intégration de l'image des parents comme un tout affectivement proche (Senarclens et Fisher, 1978) démontrant ainsi une difficulté probable à fusionner en une unité ce qui est séparé.

À partir de ces données, notre recherche mettra à l'épreuve l'hypothèse nulle suivante: le niveau d'actualisation de soi de la femme en aménorrhée ne diffère pas de celui de la femme normalement menstruée.

CHAPITRE III
DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE

La description de l'expérience débute par des informations générales concernant les sujets de cette étude suivies de la présentation des instruments de mesure utilisés soit: le questionnaire d'informations personnelles, l'entrevue et le Personal Orientation Inventory. Des données concernant le déroulement de l'expérience complètent cette description de l'expérience.

3.1 Les sujets

Les sujets de cette étude se divisent en deux groupes. Le groupe expérimental se compose de 12 femmes présentant un diagnostic d'aménorrhée secondaire depuis au moins trois mois. Ces femmes rapportent avoir subi des tests médicaux éliminant toute cause physique comme responsable de l'état aménorrhéique. Il va sans dire que les athlètes, les anorexiques, les femmes vivant des problèmes hormonaux ou utilisant des contraceptifs oraux sont exclues de cette étude.

Le groupe contrôle est constitué de 12 femmes normalement menstruées et n'utilisant pas de contraceptifs oraux. Les sujets des deux groupes sont pairés selon cinq variables de contrôle: l'âge, le statut social, le niveau socio-économique, le niveau de scolarité et l'expérience de la maternité (voir tableaux 5 et 6 de l'appendice B).

Le recrutement des sujets s'est effectué de deux façons. D'abord à

partir d'annonces parues dans certains journaux et hebdomadaires de la région de Trois-Rivières (Le Nouvelliste, L'Hebdo, En tête de l'Université du Québec à Trois-Rivières et le journal du CEGEP de Trois-Rivières). Par la suite, de l'information concernant cette étude et spécifiant le besoin de sujets aménorrhéiques a été laissée dans plusieurs bureaux de médecins dont ceux de gynécologues et d'endocrinologues, au Département de Santé Communautaire de Trois-Rivières et au Centre de Santé des Femmes de la Mauricie. La majorité des sujets aménorrhéiques se sont présentés suite aux annonces parues dans les journaux.

3.2 Instruments de mesure

3.2.1 Questionnaire d'informations personnelles.

La première mesure utilisée est un questionnaire d'informations personnelles concernant la femme aménorrhéique. Ce questionnaire a pour but de fournir des renseignements touchant les variables contrôlées et permet d'identifier les sujets inadéquats pour l'étude (ex.: anorexiques, athlètes, etc.).

Il inclut différents thèmes touchant des caractéristiques importantes de l'aménorrhéique telles que soulevées dans la littérature consultée: l'histoire menstruelle, les comportements alimentaires et le poids corporel, les habitudes d'activité physique, le stress psychologique en relation avec l'apparition du symptôme d'aménorrhée. De plus, il tente de cerner la perception qu'a cette femme d'elle-même et de ses parents (voir appendice A). Ces données visent à enrichir la partie clinique de la recherche.

3.2.2 L'entrevue semi-dirigée.

Chaque sujet aménorrhéique est soumis à une entrevue semi-dirigée d'une durée approximative de deux heures dans le but d'en connaître plus sur chacun d'eux et de mettre en évidence des caractéristiques communes chez ces femmes. Différents thèmes sont abordés lors de l'entrevue: l'histoire menstruelle, la maternité, la famille, les relations interpersonnelles, la sexualité et la perception qu'elles ont d'elle-même (voir appendice A). L'entrevue permet une exploration plus vaste des thèmes déjà abordés par le questionnaire de même qu'elle donne l'occasion d'approfondir le vécu de l'aménorrhéique. Tout comme le questionnaire d'informations personnelles, l'entrevue semi-dirigée n'a pas de visée psychométrique. Elle fournit des éléments servant à enrichir la partie clinique de cette recherche et à élaborer un portrait de la femme en aménorrhée de cette étude.

3.2.3 Personal Orientation Inventory.

La variable dépendante de cette étude, l'actualisation de soi, est mesurée par le Personal Orientation Inventory de Shostrom (1966). En plus de permettre une vision globale de l'individu, ce test met en évidence les zones de problème de la personne.

La passation de ce test n'exige aucune aide et requiert en moyenne de 30 à 40 minutes.

Le P.O.I. est constitué de 150 paires d'items représentant chaque valeur et/ou jugement en termes de positif ou négatif; Shostrom (1973) parle de paires opposées. Le sujet doit choisir l'énoncé qui le décrit le mieux.

La correction du P.O.I. s'effectue à l'aide de grilles prévues à cet effet.

Pour faciliter l'interprétation du P.O.I., les items sont compilés selon deux échelles principales soit la compétence dans le temps (T_C) comptant 23 items et le Support interne (I) comprenant 127 énoncés. Par la suite, ces mêmes items sont compilés selon dix sous-échelles représentant chacune un aspect important de l'actualisation de soi.

3.2.3.1 Échelles.

A. Compétence dans le temps.

Cette première échelle majeure du P.O.I. permet de déterminer l'orientation dans le temps d'une personne. Le rapport ($T_I:T_C$) entre l'Incompétence dans le temps (T_I) et la Compétence dans le temps (T_C) évalue l'utilisation du temps d'un individu, c'est-à-dire qu'il indique la proportion de temps vécu dans le présent comparativement au temps vécu dans le passé ou le futur. Comme il a été dit auparavant, la personne actualisée vit pleinement dans l'ici et maintenant; elle semble moins chargée de culpabilité, de regret et de ressentiment venant du passé que la personne non actualisée et ses aspirations sont liées aux buts présents.

B. Support interne.

Cette deuxième échelle majeure du Personal Orientation Inventory indique par son rapport (O:I) entre la Direction extérieure (O) et la Direction intérieure (I), le genre d'orientation favorisé par la personne, soit une direction intérieure provenant d'elle-même, de ses besoins et de ses désirs ou soit une direction extérieure c'est-à-dire qu'elle provient des attentes et de l'approbation des autres.

La personne actualisée présente une direction intérieure; elle est autonome, indépendante, libérée des pressions sociales par contre, elle demeure à un certain degré avec une direction extérieure vu sa sensibilité par rapport à son environnement.

C. Échelles complémentaires.

Les dix sous-échelles du P.O.I. se divisent en cinq catégories principales comprenant chacune d'elles deux sous-échelles.

1. Valeurs

a. Valeurs d'actualisation de soi (SAV). Cette sous-échelle permet d'évaluer dans quelle mesure l'individu appuie les valeurs de la personne qui s'actualise (26 items).

b. Existentialité (Ex). Complémentaires aux valeurs d'actualisation de soi, l'existentialité évalue la flexibilité de l'individu dans l'application de ces valeurs à sa propre vie c'est-à-dire son habileté à réagir d'une façon situationnelle ou existentielle sans adhérer à des principes rigides (32 items).

2. Sentiments

a. Réaction à l'émotion (Fr). Cette sous-échelle reflète la sensibilité de la personne à ses propres besoins et sentiments (23 items).

b. Spontanéité (S). Celle-ci évalue l'habileté chez la personne à exprimer spontanément ses sentiments, à réagir d'une façon spontanée ou à être lui-même (18 items).

3. Perception de soi

a. Considération personnelle (Sr). Cette sous-échelle mesure la capacité de s'aimer en tant que personne et de s'attribuer une valeur personnelle (16 items).

b. Acceptation de soi (Sa). Celle-ci évalue l'habileté à s'affirmer ou s'accepter en dépit de ses propres faiblesses ou déficiences (26 items).

4. Synergique

a. Nature de l'homme (Nc). Cette sous-échelle mesure la capacité de l'individu à voir l'homme comme essentiellement bon, d'avoir une vision positive de lui-même (16 items).

b. Synergie (Sy). Celle-ci reflète l'habileté de la personne à percevoir les opposés tels que masculinité-féminité, égoïsme-altruisme, bon-mauvais, etc. comme reliés d'une façon significative et sa capacité à transcender les dichotomies (9 items).

5. Sensibilité personnelle

a. Acceptation de l'agressivité (A). Cette sous-échelle mesure l'habileté de l'individu à accepter ses colères et son agressivité comme des sentiments naturels (25 items).

b. Capacité de contact intime (C). Cette dernière évalue l'habileté à établir et à maintenir des relations significatives et des contacts interpersonnels profonds avec d'autres êtres humains sans la présence d'attentes ou d'obligations (28 items).

3.2.3.2 Qualités psychométriques du P.O.I.

Cette partie aborde spécifiquement les qualités psychométriques du Personal Orientation Inventory telles que la validité, la fidélité ainsi que la résistance à la tricherie et les faiblesses de ce test.

Dans cette présente étude, nous avons utilisé la traduction américaine du P.O.I. provenant de la maison d'édition d'origine (Education and Industrial Testing Service, 1963). Il existe également une traduction québécoise faite par Tremblay (1968: voir Côté, 1984) mais elle n'est pas utilisée vu sa non-disponibilité.

A. La validité.

La validité du Personal Orientation Inventory est déterminée à travers différentes études démontrant que cet instrument de mesure discrimine bien les gens jugés actualisés, normaux et non actualisés. Ainsi, Shostrom (1964: voir Shostrom, 1966) démontre que le P.O.I. différencie les groupes de personnes actualisées des groupes d'individus non actualisés pour 11 des 12 échelles du P.O.I. Fox, Knapp et Michael (1968: voir Shostrom, 1966) constatent en administrant le P.O.I. à des patients psychiatriques, à des gens normaux et des gens non actualisés, des différences significatives au seuil de 0,01 aux 12 échelles. D'autres études vérifient la validité du P.O.I. selon différents critères tels que l'alcoolisme (Weir et Gade, 1969: voir Shostrom, 1966; Zaccaria et Weir, 1966: voir Shostrom, 1966) et le rendement (Murray, 1966: voir Shostrom, 1966).

Côté (1984) rapporte une recherche de McClain (1970: voir Côté, 1984) indiquant que le P.O.I. permet de mesurer les différences d'actualisation de soi

chez les adultes normaux. De plus, Niesz (1977) utilise le P.O.I. pour mesurer le niveau d'actualisation de soi lors des différentes phases du cycle menstruel (pré-menstruelle, menstruelle, milieu du cycle) chez la femme normalement menstruée. Les problèmes reliés à cette étude ne sont pas associés au P.O.I., ils sont en relation avec la détermination des différentes phases du cycle menstruel.

Le but de la présente étude étant de comparer l'actualisation de soi des sujets aménorrhéiques à celle des sujets du groupe contrôle; le P.O.I. semble un instrument valide pour cette tâche.

B. La fidélité.

L'étude de la fidélité du P.O.I. fait appel à la stabilité de cet instrument de mesure dans le temps.

Shostrom (1964: voir Tosi et Lindamood, 1975) obtient selon la méthode test-retest, des coefficients de fidélité de 0,91 et 0,93 pour le rapport ($T_I:T_C$) entre l'Incompétence dans le temps (T_I) et la Compétence dans le temps (T_C) et pour celui ($O:I$) entre la Direction extérieure (O) et la Direction intérieure (I). Par contre, il ne mentionne pas la période de temps des deux passations. Klavetter et Mogar (1967: voir Kay, Lyons, Newman et Mankin, 1978) rapportent des coefficients de fidélité se situant entre 0,52 et 0,82 (médiane = 0,71) pour l'administration du P.O.I. à une semaine d'intervalle. Hardi et May (1968: voir Kay et al., 1978) obtiennent pour des tests administrés à 50 semaines d'intervalle, des coefficients de fidélité s'échelonnant de 0,32 à 0,74 (médiane = 0,58). Dans une revue critique traitant du Personal Orientation Inventory, Tosi et Lindamood (1975) considèrent, tout en tenant compte des résultats des études précédentes, que la fidélité test-retest du P.O.I. est comparable à la majorité des mesures de personnalité existantes.

Cependant, Kay et al. (1978) relèvent des coefficients de fidélité se situant entre 0,03 et 0,77 (médiane = 0,53) lorsque ce test est administré à huit mois d'intervalle; malgré la faiblesse qu'ils accordent à la fidélité de ce test, le P.O.I. demeure dans la présente étude un instrument fidèle.

C. Résistance à la tricherie.

Certaines études évaluent les possibilités de fausser les résultats du P.O.I. Braun et La Faro (1969: voir Tosi et Lindamood, 1975) et Foulds et Warehime (1971: voir Tosi et Lindamood, 1975) remarquent une diminution des résultats chez leurs sujets ayant reçu une consigne stimulant un bon ajustement personnel. Cependant, Braun et La Faro (1969: voir Tosi et Lindamood, 1975) observent une augmentation significative des résultats chez les sujets ayant reçu de l'information spécifique sur l'actualisation de soi.

Shostrom (1966) démontre que les scores des gens actualisés se situent généralement entre 50 et 60 en scores standardisés. Les résultats plus élevés correspondent selon lui, à ceux des gens pseudo-actualisés invalidant de ce fait, les protocoles du P.O.I. Cet instrument apparaît donc résistant au trucage ou à la tricherie.

D. Les faiblesses du P.O.I.

Silverstain et Fisher (1973: voir Côté, 1984) considèrent la consistance interne du P.O.I. de basse à modérée étant donné que certaines sous-échelles manquent d'indépendance entre elles; elles ne sont pas suffisamment différenciées. Auparavant, Damm (1969: voir Tosi et Lindamood, 1979) a estimé que les deux

échelles principales soit la Compétence dans le temps (T_C) et le Support interne (I) suffisent pour donner une mesure d'actualisation de soi adéquate.

En somme, le P.O.I. présente une validité et une fidélité relativement bonne malgré le manque d'indépendance entre les sous-échelles. Cet instrument résiste à la tricherie et semble bien mesurer ce pourquoi il est bâti soit l'actualisation de soi.

3.3 Déroulement de l'expérience

Les sujets de la présente étude sont rencontrés individuellement par l'auteure du mémoire. Toutes ces femmes sont soumises au Personal Orientation Inventory; les directives concernant la façon d'y répondre sont fournies avec la traduction de ce test. Le temps de passation a beaucoup varié d'une femme à l'autre et le temps moyen est évalué à 35 minutes.

Par la suite, chaque sujet aménorrhéique a dû répondre au questionnaire d'informations personnelles et se soumettre à une entrevue semi-dirigée où des thèmes choisis à l'avance sont discutés avec chacun d'eux. Le temps moyen de la passation globale est de trois heures par sujet aménorrhéique.

Pour faire suite à la description de l'expérience, le prochain chapitre rapporte les méthodes d'analyses utilisées, suivies de la présentation des résultats au P.O.I. de même que les données cliniques, pour ensuite discuter ces résultats.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Le quatrième chapitre rapporte d'abord les méthodes et analyses statistiques employées afin de comparer le niveau d'actualisation des deux groupes. Dans un deuxième temps, il présente les analyses ainsi que des analyses complémentaires concernant le facteur poids en relation avec chacune des échelles du P.O.I. En troisième partie, il offre un compte rendu des données cliniques mettant en évidence certaines caractéristiques communes aux aménorrhéiques de cette étude et ce, en relation avec la littérature consultée; il en ressort un portrait de l'aménorrhéique. La dernière partie du chapitre discute les données statistiques et cliniques.

4.1 Méthodes d'analyse

L'étude des différences de moyennes entre le groupe de sujets aménorrhéiques et le groupe de femmes normalement menstruées par rapport aux variables d'actualisation de soi a été effectuée à l'aide de l'analyse de variance (analyse multivariée de variance et de covariance) et de test-t. L'analyse de variance a été utilisée pour comparer le résultat aux 12 échelles du P.O.I. entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Par contre, étant donné que le nombre de sujets dans chacun des groupes était de 12, soit inférieur à 30, le test-t a été employé pour vérifier les résultats obtenus lors de l'analyse de variance. Les résultats obtenus se sont avérés non significatifs; nous présenterons ceux du test-t car ils démontrent d'une manière plus spécifique l'absence de différence significative existant entre les

moyennes obtenues aux 12 échelles du P.O.I. par les deux groupes.

Certaines analyses complémentaires sont ajoutées: l'analyse de la variance (analyse multivariée de variance et de covariance) démontrant les différences aux échelles du P.O.I. en fonction du facteur poids et, la relation entre chaque variable principale et le facteur poids a été mesurée à l'aide de coefficients de corrélation de Pearson.

À ces analyses statistiques se sont ajoutées des données descriptives recueillies lors de l'entrevue et par le biais des réponses au questionnaire d'informations personnelles dont certaines d'entre elles ont été compilées en utilisant le test de la moyenne et l'écart type. Ces données, quoique sans portée statistique, fournissent des renseignements sur les sujets aménorrhéiques de cette étude permettant ainsi de vérifier certaines caractéristiques soulevées lors du relevé de la littérature. Elles ont servi à élaborer un portrait de la femme aménorrhéique.

4.2 Présentation des données statistiques

4.2.1 Résultats au P.O.I.

Le tableau 1 rapporte les moyennes et écarts types de chacun des deux groupes aux 12 échelles du Personal Orientation Inventory. Il est facile de constater, à la lecture de ce tableau, que les moyennes du groupe expérimental diffèrent peu des moyennes du groupe contrôle.

Les résultats de l'analyse de la variance tels que confirmés par les résultats du test-t rapportés au tableau 2, ne font ressortir aucune différence significative ($p > ,05$) aux 12 échelles du P.O.I. entre le groupe contrôle et le groupe expérimental.

Tableau 1
Moyennes et écarts types des deux groupes aux 12 items du P.O.I.
(n = 12 par groupe)

Échelles du P.O.I.	<u>Groupe expérimental</u>		<u>Groupe contrôle</u>	
	Moyennes	Écart type	Moyennes	Écart type
Compétence dans le temps (T _C)	16,92	3,75	17,33	2,10
Support interne (I)	82	16,92	83,08	12,54
Valeurs d'actualisation de soi (SAV)	20,25	2,49	20,67	2,61
Existentialité (Ex)	21	6,05	19,83	4,69
Réaction à l'émotion (Fr)	16,08	2,68	15,17	3,01
Spontanéité (S)	11,42	2,94	12,42	2,15
Considération personnelle (Sr)	11,67	3,47	12	2,26
Acceptation de soi (Sa)	15,75	4,47	16,25	3,93
Nature de l'homme (Nc)	11,17	1,59	11,33	1,44
Synergie (Sy)	7,67	1,15	7,17	1,34
Acceptation de l'agressivité (A)	16,92	4,23	15,42	3,03
Contacts intimes (C)	17,5	5,52	18,42	3,12

Tableau 2

Test-t aux 12 échelles du P.O.I.
(n = 12 par groupe)

Échelles du P.O.I.	DX	T	dl	p
T _C	,41	,34	22	,74
I	1,08	,18	22	,86
SAV	,42	,40	22	,69
Ex	-1,17	-,53	22	,60
Fr	-,91	-,79	22	,44
S	1,0	,95	22	,35
Sr	,33	,28	22	,78
Sa	,5	,29	22	,77
Nc	,16	,27	22	,79
Sy	-,5	-,98	22	,34
A	-1,5	-1,00	22	,33
C	,92	,50	22	,62

L'hypothèse nulle de cette recherche s'en trouve donc confirmée.

L'hypothèse nulle de cette recherche voulant qu'il n'y ait pas de différence entre le niveau d'actualisation de soi de la femme aménorrhéique et celui de la femme normalement menstruée n'est pas rejetée. En effet, les résultats ne démontrent aucune différence significative entre ces deux groupes et ce, aux 12 échelles du P.O.I.

4.2.2 Analyses complémentaires.

Vu l'importance que prend le facteur poids dans la littérature consultée, importance qui se confirme chez plusieurs aménorrhéiques de cette étude (voir oralité, p. 71), certaines analyses complémentaires concernant le poids des sujets et les échelles du P.O.I. ont été effectuées. Le tableau 3, en présentant ces données, montre que le facteur poids est significatif dans l'évaluation de l'échelle Considération personnelle (Sr) du P.O.I. De plus, la relation entre chacune des échelles du P.O.I. et le facteur poids a été mesurée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson. Le tableau 4 présente les différentes corrélations relevées entre les échelles du P.O.I. et le facteur poids. Le coefficient de corrélation de Pearson est de ,41 ($p = ,02$) entre les variables Considération personnelle (Sr) et le facteur poids. L'appendice B rapporte le poids individuel de chacun des sujets. Il est à noter que la différence entre le poids moyen des sujets du groupe expérimental (58,63 kg) et celui des sujets du groupe contrôle (65,32 kg) n'est pas significative ($T = -1,45$; $p > ,05$). Le facteur poids semble donc influencer l'échelle Considération personnelle du P.O.I., sans pour autant pouvoir être associé à l'état aménorrhéique.

Tableau 3

Analyse de variance des 12 échelles du P.O.L. en fonction du facteur poids
(n = 12 par groupe)

Source de variation	Somme des carrés	F	P
T _C	,016	,59	,563
I	,141	1,16	,259
SAV	,033	1,57	,132
Ex	-,015	-,33	,742
Fr	,013	,57	,572
S	,026	1,21	,239
Sr	,050	2,14	,045*
Sa	,037	1,03	,31
Nc	,006	,47	,65
Sy	-,007	-,67	,50
A	,031	1,00	,33
C	,010	,27	,79

Tableau 4
Coefficients de corrélation entre les échelles du P.O.I. et le facteur poids
 (n = 12 par groupe)

Échelles du P.O.I.	Poids	
Compétence dans le temps (T _C)	r = ,14	p = ,26
Support interne (I)	r = ,20	p = ,18
Valeurs d'actualisation de soi (SAV)	r = ,31	p = ,07
Existentialité (Ex)	r = -,12	p = ,28
Réaction à l'émotion (Fr)	r = ,02	p = ,46
Spontanéité (S)	r = ,27	p = ,10
Considération personnelle (Sr)	r = ,41	p = ,02
Acceptation de soi (Sa)	r = ,20	p = ,17
Nature de l'homme (Nc)	r = ,09	p = ,33
Synergie (Sy)	r = ,18	p = ,20
Acceptation de l'agressivité (A)	r = ,11	p = ,31
Capacité de contacts internes (C)	r = ,05	p = ,41

4.3 Données cliniques

Cette troisième partie vient enrichir la dimension clinique du mémoire. En plus de favoriser la compréhension de la femme en aménorrhée, elle fait ressortir les caractéristiques communes aux aménorrhéiques de cette étude en relation avec certaines données soulevées lors du relevé de la littérature. Ces caractéristiques ont été relevées à partir de l'entrevue semi-dirigée et des réponses au questionnaire d'informations personnelles (voir appendice B). Elles esquissent en quelque sorte

un portrait de l'aménorrhéique dont une forme résumée se trouve en appendice B.

L'aménorrhéique et son rôle féminin.

La plupart des aménorrhéiques de cette étude rapportent être satisfaites d'elles en tant que femmes; elles ne mentionnent aucun conflit envers leur rôle féminin. Par contre, certaines données semblent être en relation avec l'échec d'une attitude adulte observé chez les aménorrhéiques (Ihalainen, 1975; Senarclens et Fisher, 1978). Parmi les 12 sujets, cinq dont l'âge varie entre 20 et 26 ans ont une allure jeune, plutôt adolescente; une impression de fragilité se fait sentir dans leur façon de s'exprimer ou dans les discours qu'ils entretiennent.

Oralité.

Le conflit à thème d'oralité tel que souligné par Kelley et al. (1954) et Ihalainen (1975) semble être présent chez plusieurs aménorrhéiques de cette étude (8); elles mentionnent être préoccupées par la nourriture et le fait de manger.

De plus, des données intéressantes concernant le poids corporel des sujets aménorrhéiques sont à souligner: sept femmes présentent de la difficulté à stabiliser leur poids et 10 rapportent des changements (pertes ou gains) de poids notables (> 10 lbs) au cours des dernières années. Cette présence de fluctuation de poids chez l'aménorrhéique est relevée par plusieurs auteurs (Brown et al., 1983; Fries, 1974; Herzog, 1982; Senarclens et Fisher, 1978).

L'apparition du symptôme aménorrhéique de ces sujets n'est pas en relation avec une perte de poids significative contrairement à ce qu'a soulevé Fries (1974).

Son image du corps.

Les données recueillies lors de l'entretien et à partir des réponses au questionnaire sur l'attitude des aménorrhéiques envers leur image du corps s'avèrent incongruentes.

Lors de l'entrevue, sept aménorrhéiques affirment avoir une image négative d'elles-mêmes et trois autres, sans avoir une image négative, aimeraient changer l'apparence physique de leur corps soit en perdant du poids ou en étant plus musclée. Ces données sont en accord avec l'insatisfaction de l'aménorrhéique envers son propre corps observé par Ihalainen (1975) et l'attitude négative de cette femme envers son propre corps remarquée par Rodewald (1976: voir Schreiber et al., 1983) et Schreiber et al. (1983).

Par contre, au questionnaire huit sujets répondent être satisfaits de leur corps et obtiennent une moyenne de 3,33 avec un écart type de 1,37 en cotant sur une échelle de 1 à 7 (1 correspond à très satisfaite et 7 à très insatisfaite; voir appendice B). Ces résultats ne sont pas significatifs et de plus, ils s'avèrent incongruents avec les données soulevées lors de l'entrevue.

Cette différence dans les résultats peut être due à une faiblesse du questionnaire d'informations personnelles. Lors de sa passation, plusieurs sujets ont réagi au fait que la question concernant l'image du corps suivait immédiatement celles traitant des données parentales. Les aménorrhéiques semblaient encore attachées aux dernières questions donc peu centrées sur leur vécu corporel. Ainsi, il serait intéressant de vérifier ultérieurement l'attitude de l'aménorrhéique envers

son image du corps car lors de l'entrevue, les conflits de plusieurs aménorrhéiques en relation avec celle-ci ont pris une très grande importance.

Attitude envers la menstruation et l'aménorrhée.

Dans la présente étude, plusieurs sujets aménorrhéiques (8) qualifient la menstruation d'empêchante et d'incommodante démontrant ainsi une attitude négative envers celle-ci comme l'avaient observé auparavant Fries et Nillius (1974), Rodewald (1976: voir Schreiber et al., 1983) et Brown et al. (1983).

Un nombre égal (8) de sujets aménorrhéiques rapportent avoir vécu négativement l'apparition de leur première menstruation; au questionnaire le souvenir en rapport avec la ménarche est légèrement négatif (voir appendice B). Ihalainen (1975) relève dans son étude un nombre légèrement élevé de sujets aménorrhéiques rapportant avoir vécu leur ménarche comme un choc.

Dans la littérature consultée, l'attitude de l'aménorrhéique par rapport au symptôme d'aménorrhée n'est pas abordée. Dans la présente étude, sept sujets présentent une attitude positive en relation avec l'absence de la menstruation lors de l'entrevue, par contre au questionnaire les résultats ne sont pas significatifs (voir appendice B).

Nous pouvons, en nous basant sur les données de l'entrevue, soulever certains liens: chez les aménorrhéiques démontrant une attitude négative envers la menstruation (8), la plupart (7) ont vécu négativement leur première menstruation et ont toujours présenté des cycles menstruels irréguliers; de plus, la majorité de celles-ci (6) ont une attitude positive envers l'aménorrhée. Le vécu menstruel

néгатif semble être en relation avec une attitude positive envers l'aménorrhée.

Pour la majorité des aménorrhéiques de cette étude, l'information concernant la menstruation provient du milieu familial contrairement à ce que relevait Ihalainen (1975).

Son vécu sexuel.

La majorité des sujets aménorrhéiques de la présente étude ne rapportent aucun conflit en relation avec la sexualité. Par contre, lors de l'entrevue la majorité de ces femmes répondent rapidement aux questions concernant la sexualité sans développer davantage leurs réponses, pouvant laisser soupçonner un malaise face à ce vécu.

Le seul élément intéressant à soulever se rapporte au facteur déclenchant le symptôme d'aménorrhée. Chez cinq sujets, l'apparition du symptôme aménorrhéique a eu lieu peu de temps après une séparation jugée difficile avec leur premier ami de coeur et, pour un autre sujet, elle s'est produite à la suite d'une ligature tubaire. Senarclens et Fisher (1978) associent l'aménorrhée à l'abandon d'une fonction qui serait devenue inutile à la suite d'une séparation, un deuil.

Ses relations interpersonnelles.

La plupart des aménorrhéiques de cette étude ont une vie sociale active et des relations interpersonnelles passablement satisfaisantes contrairement aux observations de Senarclens et Fisher (1978). Ces mêmes auteurs relèvent chez les aménorrhéiques une vulnérabilité aux ruptures et estiment que l'aménorrhée se produit souvent à l'approche ou à la suite d'une séparation. De plus, ils ajouteraient

que celles-ci, possiblement inhibées, ne peuvent compenser par des relations de substitution. Dans notre étude, cinq sujets rapportent une séparation en relation avec l'apparition des symptômes aménorrhéiques et ajoutent ne pas avoir eu d'autres partenaires sexuels depuis.

Certains éléments relevés lors de l'entrevue indiquent chez ces femmes une dépendance face aux autres: parmi les 12 sujets aménorrhéiques, sept mentionnent un besoin d'affection et cinq rapportent se préoccuper de l'idée des autres; ces femmes ont peur d'être jugées. Senarclens et Fisher (1982) soulevaient le besoin chez la jeune aménorrhéique de se faire accepter par les autres.

La mère de l'aménorrhéique.

Les données relevées à partir de l'entrevue et du questionnaire concernant la mère des aménorrhéiques ne correspondent pas aux données soulevées dans la littérature. Plusieurs (8) sujets de cette étude affirment vivre une relation positive et ouverte avec leur mère. Ihalainen (1975) relève chez ses sujets une relation plus fermée avec leur mère comparativement au groupe contrôle de sujets névrotiques. Ce même auteur note une grande satisfaction au plan social chez la mère des aménorrhéiques alors que dans notre étude, huit sujets rapportent une absence de vie sociale hors du foyer familial chez leur mère. Cette mère est perçue comme étant assez active au sein de la famille (voir appendice B).

En résumé, les sujets aménorrhéiques de cette étude perçoivent leur mère satisfaite dans son rôle familial; par contre, elle semble se limiter à ce rôle réduisant ainsi tout autre contact social.

Le père de l'aménorrhéique.

Les traits significatifs concernant le père des aménorrhéiques de cette étude ont un caractère plutôt négatif. D'abord, lors de l'entrevue, huit sujets rapportent des difficultés chez leur père, à révéler leurs sentiments. De plus, au questionnaire, les aménorrhéiques perçoivent leur père comme étant plutôt distant, légèrement insatisfait de son rôle de père et sept sujets n'aimeraient pas être semblables à celui-ci (voir appendice B). Cependant, ces sujets perçoivent leur père comme satisfait de son rôle d'homme.

Son milieu familial.

Dans la présente étude, plusieurs (7) sujets mentionnent avoir vécu dans leur enfance de mauvaises conditions de vie en relation avec la pauvreté, les troubles familiaux ou des carences affectives correspondant ainsi aux données de Senarclens et Fisher (1978). La mère ne semble pas liée à ce vécu, par contre, le père plutôt distant et révélant difficilement ses sentiments, même ses sentiments affectueux, peut être en relation avec le vécu de carences affectives.

L'actualisation de soi.

L'actualisation de soi des sujets aménorrhéiques de cette étude a été mesurée par le Personal Orientation Inventory et de ce fait, peu de données s'y attachant ont été relevées à partir de l'entrevue et du questionnaire d'informations personnelles.

Les sujets aménorrhéiques présentent un niveau de scolarité plutôt élevé: quatre ont une formation universitaire terminée (1) ou en cours (3) et cinq

ont une formation collégiale terminée (4) ou en cours (1). Ces données concordent avec les observations de Fries (1974) et Aksel (1979) accordant aux aménorrhéiques une tendance à être intellectuelles, cependant par le fait que la recherche des sujets a été intensifiée dans certaines institutions collégiales et universitaires, nous ne pouvons leur accorder qu'une moindre importance. De plus, elles ne peuvent être comparées au groupe de femmes normalement menstruées car le niveau de scolarité est une variable contrôlée.

Lors de l'entrevue, la majorité des aménorrhéiques (8) se disent épanouies et bien dans ce qu'elles font actuellement. Nous avons comparé ces affirmations avec les profils individuels du P.O.I. (voir appendice B) de chaque sujet aménorrhéique. Shostrom (1966) indique que la personne actualisée obtient des scores standardisés se situant entre 50 et 60.

Prémont (1984) propose une classification en se basant sur des moyennes de résultats obtenues au P.O.I. par Shostrom (1964: voir Prémont, 1984) et Blouin (1983: voir Prémont, 1984). Elle considère comme actualisée une personne qui obtient un score global ($T_C + I$) de plus de 110 et comme non actualisée celle qui présente un score global inférieur à 100. En considérant ces données, nous relevons quatre profils parmi ceux des 12 sujets aménorrhéiques, correspondant à la personne actualisée, trois se comparent à la moyenne des gens et cinq représentent le profil d'une personne non actualisée (voir tableau 7, appendice B). Ces résultats ne concordent pas avec les affirmations des huit sujets aménorrhéiques; par contre, les quatre aménorrhéiques se caractérisant de non actualisées, présentent le profil d'une personne non actualisée. Il est à noter que 7 sujets du groupe contrôle présentent

un score global inférieur à 100 indiquant, selon Prémont (1984), une personne non actualisée. Nous ne pouvons retenir ces résultats vu cette classification aléatoire; par contre, ils fournissent des indices pour les recherches ultérieures.

4.4 Discussion

La partie discussion des résultats présente des réflexions de différents ordres soulevées au cours de la recherche. Elle comprend deux dimensions: d'abord, elle analyse les données statistiques concernant l'hypothèse principale de cette recherche et les analyses complémentaires, et ensuite, elle aborde les données cliniques. Les facteurs susceptibles d'avoir influencé les résultats seront soulevés.

4.4.1 Données statistiques.

L'hypothèse nulle de cette recherche n'est pas rejetée; aucune différence significative n'est relevée entre le niveau d'actualisation de soi de la femme en aménorrhée et celui de la femme normalement menstruée. Dans la littérature consultée, aucun auteur n'a vérifié le niveau d'actualisation de soi de l'aménorrhéique; de ce fait nous ne pouvons comparer nos résultats. Cependant, certaines caractéristiques observées chez la femme en aménorrhée laissaient croire à un faible niveau d'actualisation de soi chez celle-ci; malgré ce fait, aucune différence significative n'a pu être soulevée. Certains facteurs ont pu influencer cette absence de signification. D'abord, les caractéristiques de l'aménorrhéique relevées dans la littérature et associées à un faible niveau d'actualisation de soi peuvent être faussées. Dans plusieurs études traitant de l'aménorrhée ou de l'aménorrhéique, il existe un manque d'opinion unanime: certains chercheurs ajoutent les anorexiques au groupe d'aménorrhéiques, d'autres varient leur critère d'absence du flux menstruel de 30 jours à

un an (Herzog, 1982). Il devient donc difficile d'isoler des facteurs psychologiques associés à l'aménorrhée psychogène influençant ainsi la relation entre certaines caractéristiques de l'aménorrhéique et un faible niveau d'actualisation de soi.

D'autres facteurs en relation avec l'expérimentation de cette étude ont pu influencer les résultats: les cinq variables contrôlées et le petit nombre de sujets dans chaque groupe ($n = 12$). Il aurait été intéressant de ne pas contrôler le niveau de scolarité des sujets afin de vérifier si celui-ci est plus élevé chez les femmes en aménorrhée comme l'a soulevé Aksel (1979) et Fries (1974). De cette façon, le niveau d'actualisation de soi des sujets aménorrhéiques aurait pu être différent. De plus, vu la difficulté à trouver des sujets aménorrhéiques répondant aux critères de l'étude, nous avons effectué l'expérimentation avec 12 sujets. Ce petit nombre de sujets formant l'échantillon expérimental, peut ne pas être assez représentatif d'une population aménorrhéique.

Considérant l'absence de différence significative entre les moyennes obtenues aux 12 échelles du P.O.I. par les deux groupes (profils en annexe B), il est à se demander si le P.O.I. est un instrument approprié pour évaluer les femmes en aménorrhée comparativement aux femmes normalement menstruées. Les traits distinctifs chez ces femmes ne sont peut-être pas mis en évidence par le P.O.I. Cet instrument, en plus de mesurer le niveau d'actualisation de soi fournit une vision globale de l'individu. Cependant, sa sensibilité face aux zones de problème est peut-être limitée empêchant ainsi de faire ressortir certains problèmes de l'aménorrhéique.

L'analyse de la variance (analyse multivariée de variances et de covari-

ances) démontre l'importance du facteur poids pour la variable Considération personnelle (Sr). De plus, une étude de corrélation (corrélation de Pearson) relève aussi une relation entre le facteur poids et la variable Considération personnelle (Sr). Ces analyses tentent de démontrer que le facteur poids influence la capacité chez les sujets de ces deux groupes, de s'aimer en tant que personne et de s'attribuer une valeur personnelle. La moyenne de ces deux groupes à l'échelle Considération personnelle (Sr) ne montre pas de différence significative nous empêchant ainsi de formuler une conclusion. Par contre, cette relation entre le facteur poids et la Considération personnelle (Sr) fournit des indices pour des recherches ultérieures: cette relation est-elle applicable seulement pour des populations de jeunes femmes? Quelle est la nature de cette relation? Il est à se demander si la relation entre le poids et la Considération personnelle (Sr) peut signifier un rapport entre les difficultés à stabiliser leur poids ou les changements (pertes ou gains) de poids notables observés chez plusieurs aménorrhéiques de cette étude et l'image négative que plusieurs affirment avoir d'elles-mêmes. Pour en savoir davantage sur la relation entre ces deux variables, nous aurions dû prendre en considération la relation entre le facteur poids et l'image corporelle des sujets du groupe contrôle afin de s'assurer que les liens significatifs entre ces deux variables, s'ils existent, sont en relation avec l'état d'aménorrhée.

4.4.2 Données cliniques.

La dimension clinique de ce mémoire, de par son objectif d'enrichir les connaissances sur la femme en aménorrhée, a permis de faire ressortir des caractéristiques communes aux aménorrhéiques de cette étude et de les mettre en relation avec les données de la littérature consultée. Certaines, dont les fluctuations de

poids (pertes ou gains), les difficultés rattachées au vécu corporel, l'attitude négative envers la menstruation, le souvenir négatif en rapport avec la ménarche, l'apparition du symptôme aménorrhéique associée à une séparation et un vécu de mauvaises conditions de vie dans l'enfance en relation avec la pauvreté, les troubles familiaux ou des carences affectives, sont en accord avec des caractéristiques soulevées dans la littérature consultée. D'autres, dont les conflits relatifs au rôle féminin ou en relation avec la sexualité, les relations difficiles avec la mère et la pauvreté de son univers social n'ont pu être relevées chez les aménorrhéiques de cette étude. Le manque d'opinion unanime des chercheurs de la littérature consultée tel que souligné lors de la discussion des données statistiques, peut avoir influencé les données cliniques: certains auteurs incluent les anorexiques à leur étude ainsi que des femmes en oligoménorrhée ou présentant une irrégularité du cycle. Dans ces cas, les caractéristiques relevées ne sont pas spécifiques aux aménorrhéiques. Un autre facteur a pu influencer les données cliniques: le petit nombre de sujets. Un nombre plus élevé d'aménorrhéiques aurait augmenté la crédibilité des caractéristiques communes chez celles-ci et aurait favorisé la mise en évidence d'autres caractéristiques.

Afin de vérifier si les caractéristiques communes aux aménorrhéiques sont spécifiques à ces femmes, les sujets du groupe contrôle auraient dû être soumis au même traitement c'est-à-dire au questionnaire d'informations personnelles et à l'entrevue semi-dirigée où les mêmes thèmes, à l'exception de l'état aménorrhéique, auraient été abordés.

CONCLUSION

Notre étude a démontré qu'il n'existe aucune différence entre le niveau d'actualisation de soi des aménorrhéiques et celui des femmes menstruées normalement. Cependant, au plan biologique un phénomène les différencie: la fonction menstruelle.

Les données cliniques ont fourni des éléments intéressants quant à la personnalité des aménorrhéiques. Ces femmes vivent des conflits relatifs à l'oralité, plusieurs ont une image négative de leur corps et acceptent difficilement la fonction menstruelle de ce corps. De plus, le symptôme d'aménorrhée semble être associé à un stress, un événement particulier laissant supposer une vulnérabilité émotionnelle chez les aménorrhéiques.

Au terme de cette recherche, de nouvelles interrogations concernant la distinction entre la femme en aménorrhée et la femme menstruée surgissent. Cette absence de menstruation peut-elle être en relation avec une non-acceptation du corps? Que s'est-il passé pour que le symptôme d'aménorrhée se déclenche?

Ainsi, il pourrait être nécessaire de réviser l'utilisation de la mesure psychométrique afin de mettre en évidence les zones de problème de l'aménorrhéique et d'arriver à comprendre ce que veut transmettre l'aménorrhéique par ce langage corporel qu'est l'aménorrhée.

APPENDICE A
INSTRUMENTS DE MESURE

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire est destiné aux femmes présentant un trouble menstruel. Répondez aux questions qui vous concernent.

Nom _____ Age _____ No téléphone _____

Adresse _____

Statut marital: Célibataire__ Vivant conjointement__ Mariée__
Divorcée__ Séparée__

Occupation _____

Scolarité: Diplôme obtenu _____

Etat de santé générale: Excellent__ Bon__ Médiocre__ Pauvre__

MENSTRUATIONS:

1. Quel âge aviez-vous lors de votre première menstruation? _____
2. Combien de jours y a-t-il habituellement entre vos périodes menstruelles (approximativement)? _____
3. Combien de jours durent vos menstruations habituellement? _____
4. Si il y a eu arrêt de votre cycle menstruel, à quand remonte-il? _____
5. Vos menstruations ont cessé:
a) Soudainement, sans avertissement _____
b) Graduellement, en diminuant _____
6. Avez-vous déjà eu des grossesses? Oui__ Non__
7. Si oui, a) Nombre total__ Date de la dernière grossesse _____
b) Nombre de fausses couches/avortements _____
c) Nombre de grossesses menées à terme _____

DIETE ET POIDS:

1. Poids lors de l'apparition de vos premières menstruations _____
(approximativement)
2. Poids lorsque vos menstruations ont cessé (s'il y a eu arrêt) _____
3. Poids présent _____

4. Ossature: Petite__ Moyenne__ Forte__
5. Grandeur présente: _____
6. Poids maximum que vous avez atteint_____
Poids minimum que vous avez atteint_____
7. Décrire brièvement les changements de poids qui se sont produits (s'il y a eu changement) _____

8. Avez-vous fait des efforts pour changer votre poids avant l'arrêt de vos menstruations (s'il y a eu arrêt?) _____

9. L'arrêt de vos menstruations est associé à:
a) Une augmentation de votre poids corporel _____
b) Une diminution de votre poids corporel _____
c) Aucun changement de votre poids corporel _____
10. Si votre poids a changé, notez le nombre de livres ou kilogrammes _____
11. Avez-vous suivi une diète spéciale? Oui____ Non ____
Si oui, décrivez-la brièvement _____

12. Est-ce que vous réduisez le nombre de calories dans votre journée? Oui____ Non____
Si vous avez changé de diète, est-ce que ceci semble être associé au changement survenu dans vos règles? _____

EXERCICES:

1. Faites-vous de l'exercice régulièrement? Oui____ Non____
Si oui,
2. Quel genre d'exercices faites-vous et à quel rythme
- a) Course____ milles par semaine
b) Bicycle____ milles par semaine
c) Natation____ milles par semaine
d) Danse exercice____ heures par semaine
e) Autres (spécifiez) _____ heures par jour

3. Depuis quand faites-vous régulièrement de l'exercice?
 Est-elle associée à un changement dans votre vie? _____
4. Si vous courez:
 - a) Faites-vous de la compétition? Oui____ Non____
 - b) Combien de temps vous faut-il pour courir un mille?
 _____ minutes
5. Sur une échelle allant de 0 à 10 (0= aucun; 10= excessif), comment coteriez-vous la tension ressentie lors d'une performance ou lors d'une compétition? _____
6. L'arrêt de vos menstruations (si présent) semble-t-il associé à l'augmentation de vos exercices? _____
 L'arrêt des menstruations (si présent) est-il survenu avant ou après le début de vos exercices? _____
 Combien de temps avant ou après? _____

STRESS PSYCHOLOGIQUE:

1. Pouvez-vous associer l'arrêt des menstruations à une augmentation de stress émotionnel ou psychologique?
 Oui____ Non____
2. Dans une période de trois mois précédant l'arrêt de vos menstruations, avez-vous:
 - a) Quitté la maison familiale pour la première fois?
 Oui____ Non____
 - b) Eu des problèmes avec votre conjoint ou ami de coeur? Oui____ Non____
 - c) Eu des problèmes avec vos parents? Oui____ Non____
 - d) Eu une expérience sexuelle décevante? Oui____ Non____
 - e) Eu des problèmes majeurs au travail? Oui____ Non____
 - f) Autres (expliquez) _____
3. Vos parents vous paraissent-ils sur-protecteurs?
 Oui____ Non____
- 4. Etes-vous préoccupée par l'absence de vos menstruations?
 Oui____ Non____ Si oui, veuillez l'évaluer sur une échelle de 0 à 10 (0= non préoccupée et 10= extrêmement préoccupée)

5. Est-ce que votre mère est préoccupée par l'absence de vos menstruations? Oui____ Non____ Si oui, évaluez de nouveau son anxiété sur échelle de 0 à 10 _____

Pour les questions suivantes, encerclez un nombre de 1 à 7 qui semble être le reflet le plus juste de vos sentiments ou perceptions?

1. Ma mère est

1	2	3	4	5	6	7
Très ouverte			Très distante			

2. Mon père est

1	2	3	4	5	6	7
Très ouvert			Très Distant			

3. Ma mère est (très active/peu active) au sein de la famille

1	2	3	4	5	6	7
Très active			Peu active			

4. Mon père est (très actif/peu actif) au sein de la famille

1	2	3	4	5	6	7
Très actif			Peu active			

5. Ma mère est (satisfaite/insatisfaite) de son rôle de mère

1	2	3	4	5	6	7
Satisfaite			Insatisfaite			

6. Ma mère est (satisfaite/insatisfaite) de son rôle de femme

1	2	3	4	5	6	7
Satisfaite			Insatisfaite			

7. Mon père est (satisfait/insatisfait) de son rôle de père

1	2	3	4	5	6	7
Satisfait			Insatisfait			

8. Mon père est (satisfait/insatisfait) de son rôle d'homme

1	2	3	4	5	6	7
Satisfait			Insatisfait			

9. J'aimerais être (très semblable/pas du tout semblable)
à ma mère

1	2	3	4	5	6	7
Très semblable						Pas du tout semblable

10. J'aimerais être (très semblable/pas du tout semblable)
à mon père

1	2	3	4	5	6	7
Très semblable						Pas du tout semblable

11. La relation entre mes parents est (bonne/mauvaise)

1	2	3	4	5	6	7
Très bonne						Très mauvaise

12. Je suis (satisfaite/insatisfaite) de mon corps

1	2	3	4	5	6	7
Très satisfaite						Très insatisfaite

13. Je suis (très préoccupée/pas du tout préoccupée) par
la nourriture et le fait de manger

1	2	3	4	5	6	7
Très préoccupée						Pas du tout préoccupée

14. Le souvenir de mes premières menstruations est (positif/négatif)

1	2	3	4	5	6	7
Positif						Négatif

15. Lors de ma première menstruation, mon attitude envers
les cycles menstruels futurs fut (positive/négative)

1	2	3	4	5	6	7
Positive						Négative

16. J'ai reçu mes premières informations au sujet de la
menstruation :

à l'école _____ par des pairs _____ par ma mère _____
par mon père _____ par mes frères et/ou soeurs _____
dans la littérature _____ autres _____

17. L'idée d'être mère me (plaît beaucoup/ne me plaît pas)

1	2	3	4	5	6	7
Plaît						Ne me plaît pas
beaucoup						

18. Lorsque je me regarde en tant que femme, je suis
(très satisfaite/peu satisfaite) de moi-même

1	2	3	4	5	6	7
Très						Peu
satisfaite						satisfaite

19. Je suis (très satisfaite/peu satisfaite) du travail que
j'accomplis

1	2	3	4	5	6	7
très						peu
satisfaite						satisfaite

Thèmes pour l'entrevue

- Histoire menstruelle:
 - . première menstruation
 - . l'apparition du symptôme d'aménorrhée
 - . le vécu par rapport à la menstruation et l'aménorrhée
- La maternité:
 - . vécu de mère ou le désir de vivre la maternité
 - . perception d'elle-même à travers le rôle de mère présent ou probable
- La famille:
 - . son vécu familial
 - . la relation avec chaque membre de la famille: mère, père, frères et soeurs (s'il y a lieu), conjoint et enfants (s'il y a lieu)
- Les relations interpersonnelles:
 - . l'amitié
 - . l'intimité
- La vie sexuelle:
 - . attitudes face à la sexualité

- Elle en tant que femme:
 - . comment elle se perçoit, elle se sent en tant que femme
 - . son idéal: où se situe-t-elle par rapport à cet idéal
 - . son image corporelle; sa satisfaction face à cette image
 - . l'actualisation de soi, l'épanouissement en tant que personne

Appendice B

Résultats

Tableau 5

Renseignements personnels concernant les sujets du groupe expérimental

Sujets	Âge	Statut social ¹	Niveau de scolarité	Nombre d'enfants	Poids (kg)	Taille (m)
A	35	M	10	1	81,65	1,73
B	23	C	Bac (3)	-	43,54	1,58
C	20	C	Bac (2)	-	47,63	1,63
D	32	M	DEC	3	74,84	1,63
E	26	C	DEC (1)	-	45,36	1,52
F	20	C	Bac (1)	-	65,77	1,63
G	30	C	DEC	-	52,16	1,65
H	23	V.C.	9	-	61,23	1,65
I	24	C	DEC	-	45,35	1,55
J	20	C	DEC	-	52,16	1,60
K	32	V.C.	Maîtrise	-	67,13	1,60
L	38	M	10	3	66,68	1,65
X =	26,92				58,63	
e.t. =	6,27				12,69	

¹ M = mariée; C = célibataire; V.C. = vit conjointement

² Tous les sujets sont de niveau socio-économique moyen.

Tableau 6
Renseignements personnels concernant les sujets du groupe contrôle

Sujet	Âge	Statut social ¹	Niveau de scolarité	Nombre d'enfants	Poids (kg)	Taille (m)
A	34	M	13	2	55,34	1,64
B	24	C	Bac (3)	-	76,20	1,65
C	20	C	Bac (2)	-	52,16	1,60
D	32	M	DEC	2	81,65	1,60
E	26	C	Secrétariat	-	65,77	1,73
F	20	C	Bac (1)	-	70,31	1,57
G	29	C	DEC	-	72,57	1,65
H	26	V.C.	12	-	58,97	1,60
I	24	M	DEC	-	55,79	1,57
J	21	C	DEC	-	74,84	1,52
K	29	V.C.	Maîtrise	-	56,69	1,57
L	39	M	12	3	63,50	1,57
X =	27				65,32	
e.t. =	5,88				9,70	

¹ M = mariée; C = célibataire; V.C. = vit conjointement

² Tous les sujets sont de niveau socio-économique moyen.

Tableau 7
Score global ($T_c + I$) pour chaque sujet au P.O.I.

Sujet	Groupe expérimental	Groupe contrôle
A	114	96
B	124	97
C	108	111
D	127	110
E	87	125
F	100	92
G	95	86
H	70	106
I	64	90
J	84	84
K	114	117
L	100	91
X	98,92	100,42
e.t.	19,98	13,11

Pour les questions suivantes, encerclez un nombre de 1 à 7 qui semble être le reflet le plus juste de vos sentiments ou perceptions?

1. Ma mère est
 $X = 3$
 $e.t. = 1,65$

1	2	3	4	5	6	7
Très						Très
ouverte						distante

2. Mon père est
 $X = 4,83$
 $e.t. = 2,21$

1	2	3	4	5	6	7
Très						Très
ouvert						Distant

3. Ma mère est (très active/peu active) au sein de la famille
 $X = 2,75$
 $e.t. = 2,0$

1	2	3	4	5	6	7
Très						Peu
active						active

4. Mon père est (très actif/peu actif) au sein de la famille
 $X = 3,33$
 $e.t. = 2,19$

1	2	3	4	5	6	7
Très						Peu
actif						active

5. Ma mère est (satisfaite/insatisfaite) de son rôle de mère
 $X = 3,92$
 $e.t. = 2,27$

1	2	3	4	5	6	7
Satisfaite						Insatisfaite

6. Ma mère est (satisfaite/insatisfaite) de son rôle de femme
 $X = 3,5$
 $e.t. = 2,28$

1	2	3	4	5	6	7
Satisfaite						Insatisfaite

7. Mon père est (satisfait/insatisfait) de son rôle de père
 $X = 4,75$
 $e.t. = 2,77$

1	2	3	4	5	6	7
Satisfait						Insatisfait

8. Mon père est (satisfait/insatisfait) de son rôle d'homme
 $X = 2,92$
 $e.t. = 2,07$

1	2	3	4	5	6	7
Satisfait						Insatisfait

9. J'aimerais être (très semblable/pas du tout semblable)
à ma mère
X = 3,83
e.t. = 2,04
- | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Très semblable | | | | | | Pas du tout semblable |
10. J'aimerais être (très semblable/pas du tout semblable)
à mon père
X = 4,92
e.t. = 1,68
- | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Très semblable | | | | | | Pas du tout semblable |
11. La relation entre mes parents est (bonne/mauvaise)
X = 3,5
e.t. = 2,35
- | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Très bonne | | | | | | Très mauvaise |
12. Je suis (satisfaite/insatisfaite) de mon corps
X = 3,33
e.t. = 1,37
- | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Très satisfaite | | | | | | Très insatisfaite |
13. Je suis (très préoccupée/pas du tout préoccupée) par
la nourriture et le fait de manger
X = 3,58
e.t. = 2,02
- | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Très préoccupée | | | | | | Pas du tout préoccupée |
14. Le souvenir de mes premières menstruations est (positif/négatif)
X = 4,5
e.t. = 2,28
- | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Positif | | | | | | Négatif |
15. Lors de ma première menstruation, mon attitude envers
les cycles menstruels futurs fut (positive/négative)
X = 3,83
e.t. = 2,08
- | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Positive | | | | | | Négative |
16. J'ai reçu mes premières informations au sujet de la
menstruation :
- à l'école____ par des paires____ par ma mère____
par mon père____ par mes frères et/ou soeurs____
dans la littérature____ autres_____

17. L'idée d'être mère me (plaît beaucoup/ne me plaît pas)

$X = 2,83$

e.t. = 1,80

1	2	3	4	5	6	7
Plaît						Ne me plaît pas
beaucoup						

18. Lorsque je me regarde en tant que femme, je suis
(très satisfaite/peu satisfaite) de moi-même

$X = 2,33$

e.t. = 1,07

1	2	3	4	5	6	7
Très						Peu
satisfaite						satisfaite

19. Je suis (très satisfaite/peu satisfaite) du travail que
j'accomplis

$X = 2,08$

e.t. = 1,16

1	2	3	4	5	6	7
très						peu
satisfaite						satisfaite

PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

101

NAME Sujet A DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

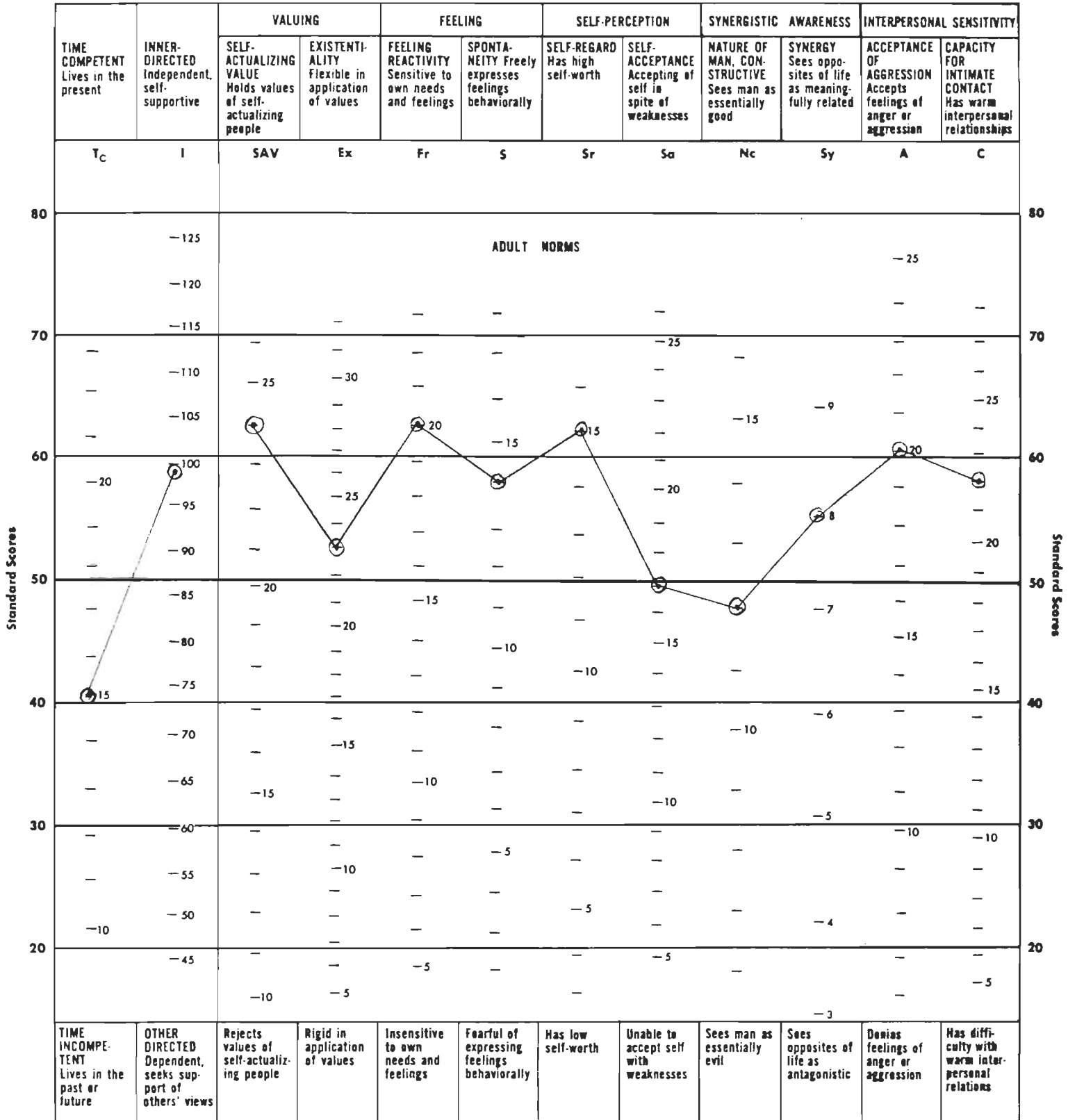
I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:
Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$
Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:
Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$
Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

102

NAME Sujet B

DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

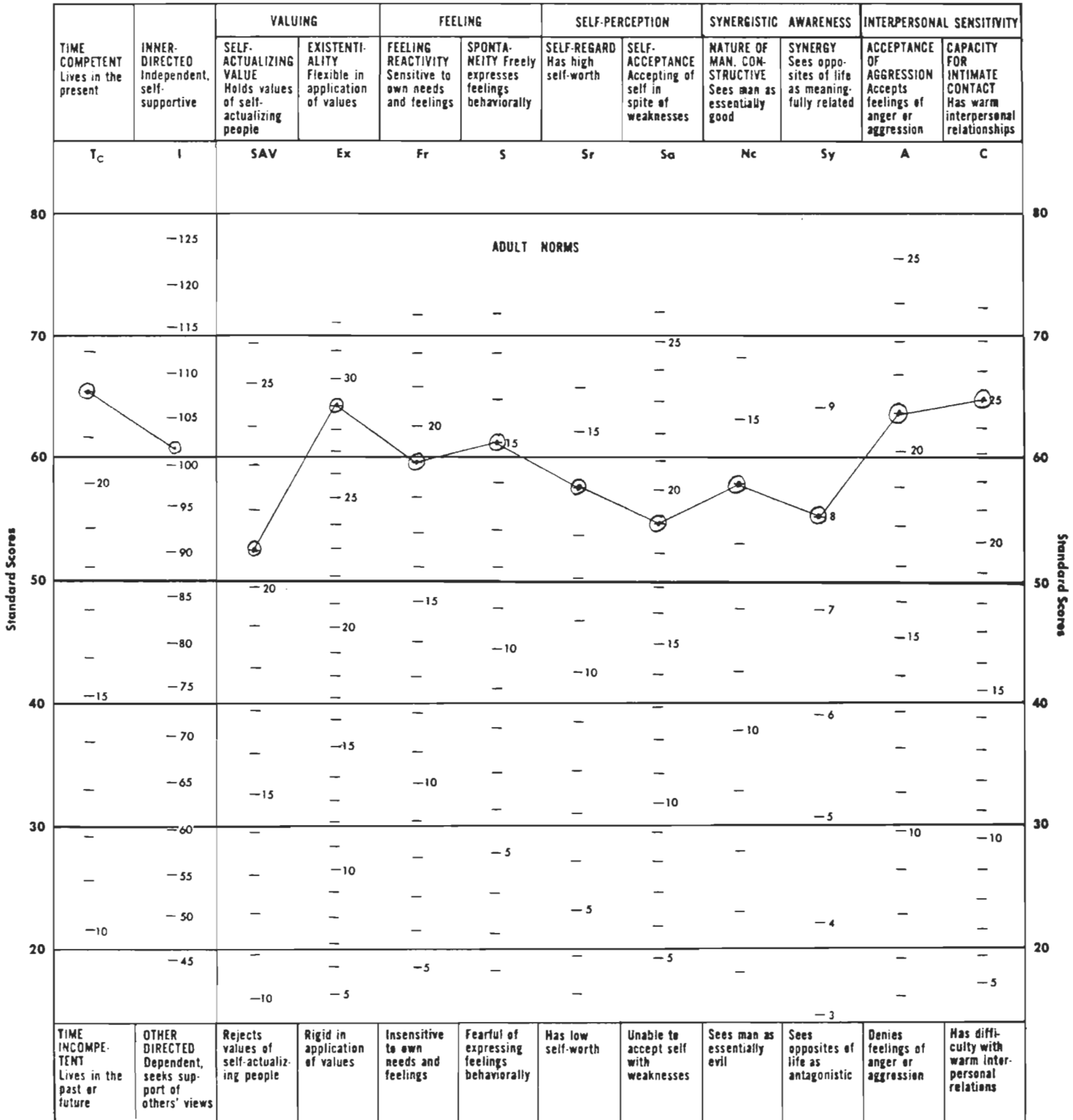
I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:
Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$
Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:
Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$
Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Raw Scores

PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

103

NAME Sujet C DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

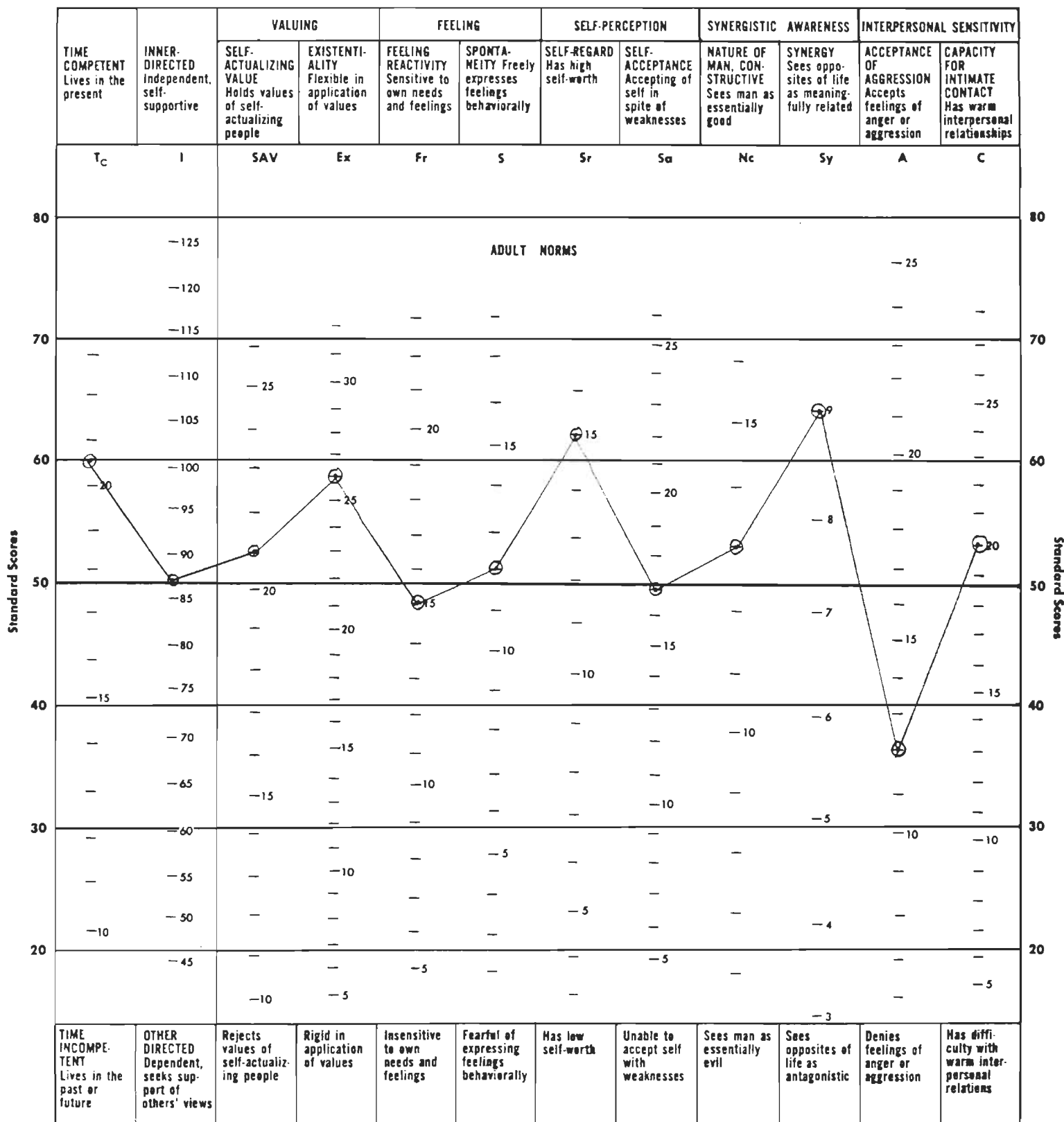
OCCUPATION _____

I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:
Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$
Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

II $O - I$ (Support) Ratio:
Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$
Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

104

 NAME Sujet D DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

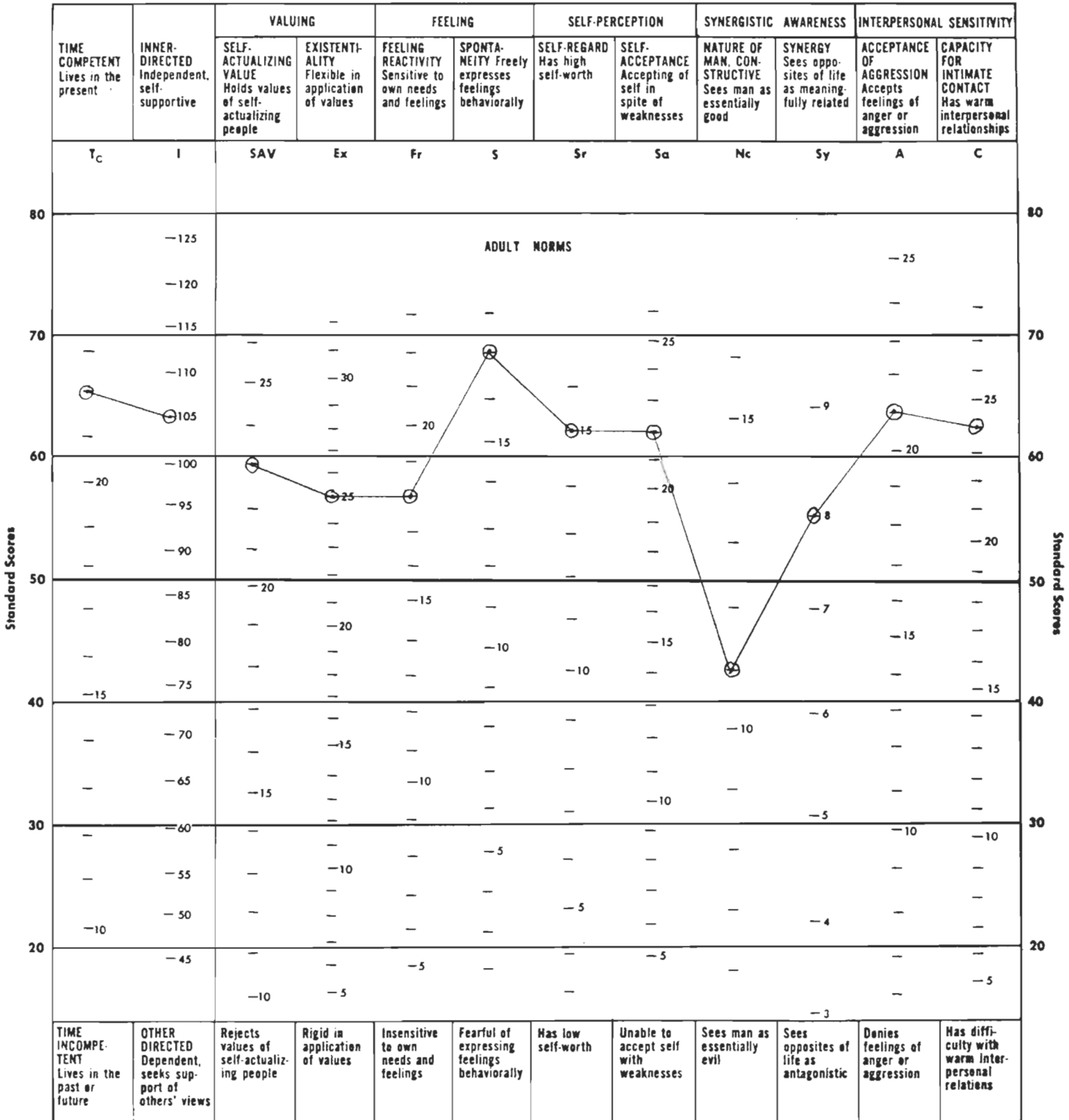
 I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:
 Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$
 Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

OCCUPATION _____

 II $O - I$ (Support) Ratio:
 Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$
 Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Raw Scores

PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

105

NAME Sujet E

DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:

Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$

Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

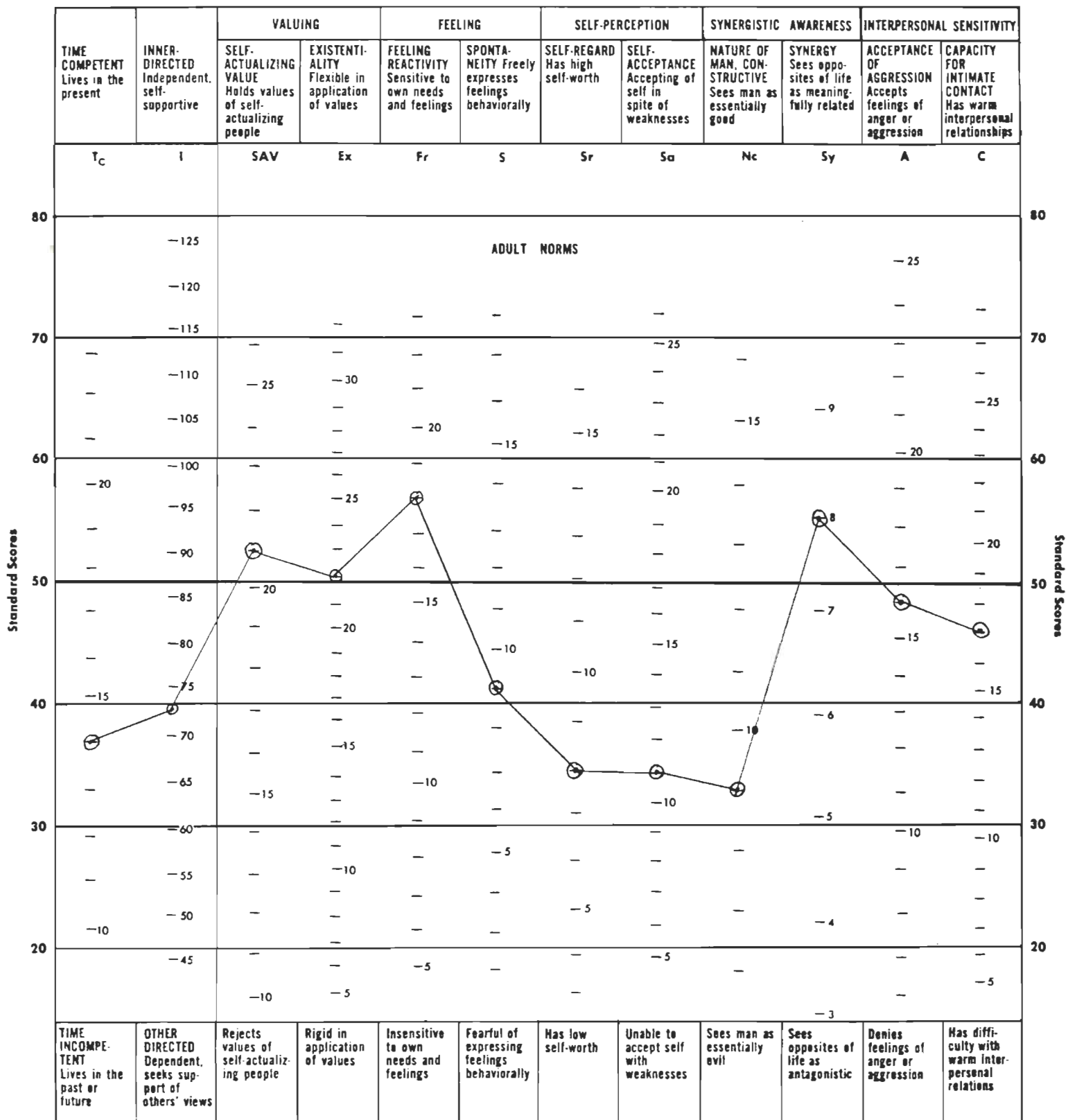
OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:

Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$

Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Raw Scores

PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

106

NAME Sujet F DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

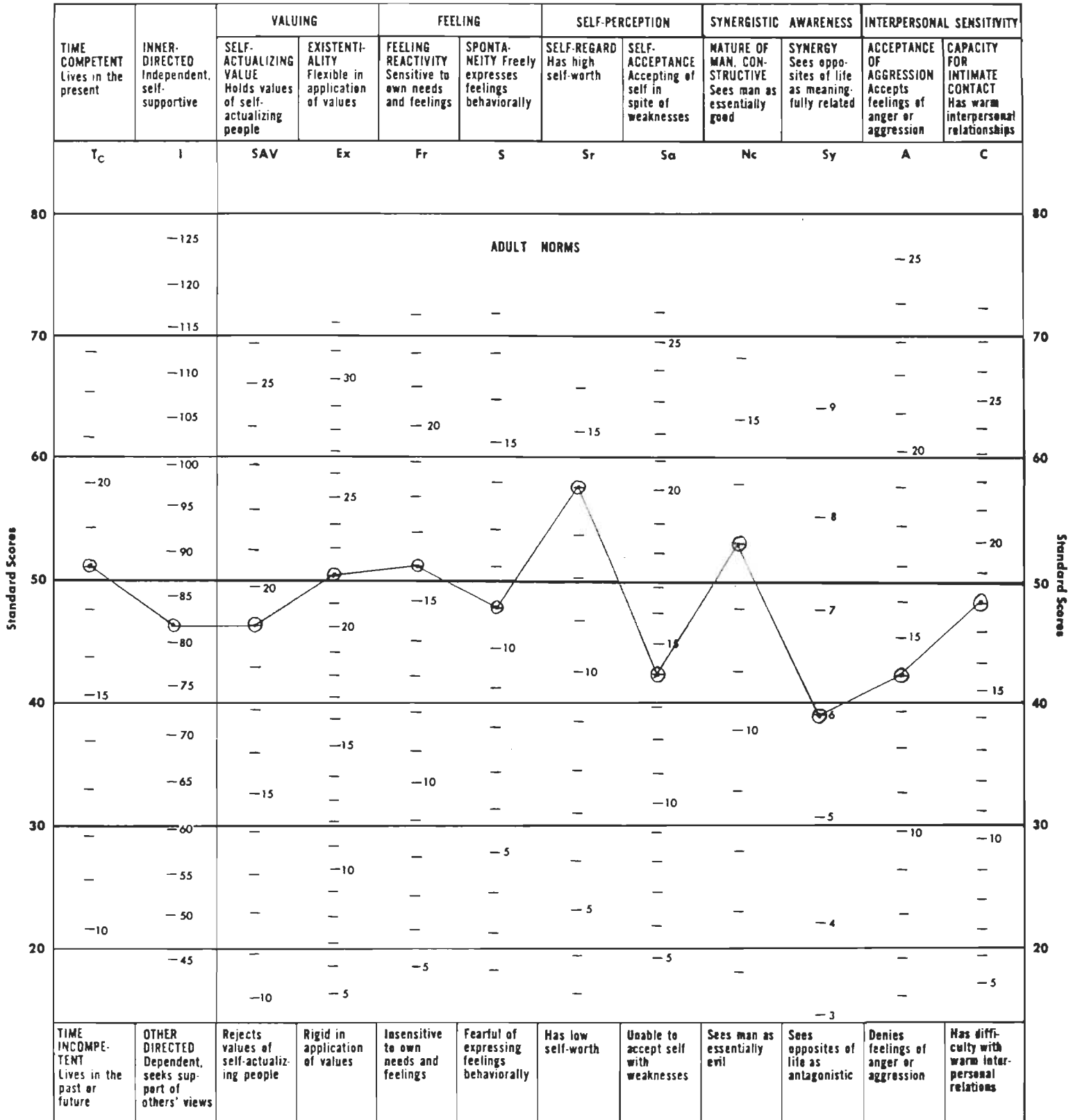
I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:
Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$
Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:
Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$
Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

107

NAME Sujet G DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

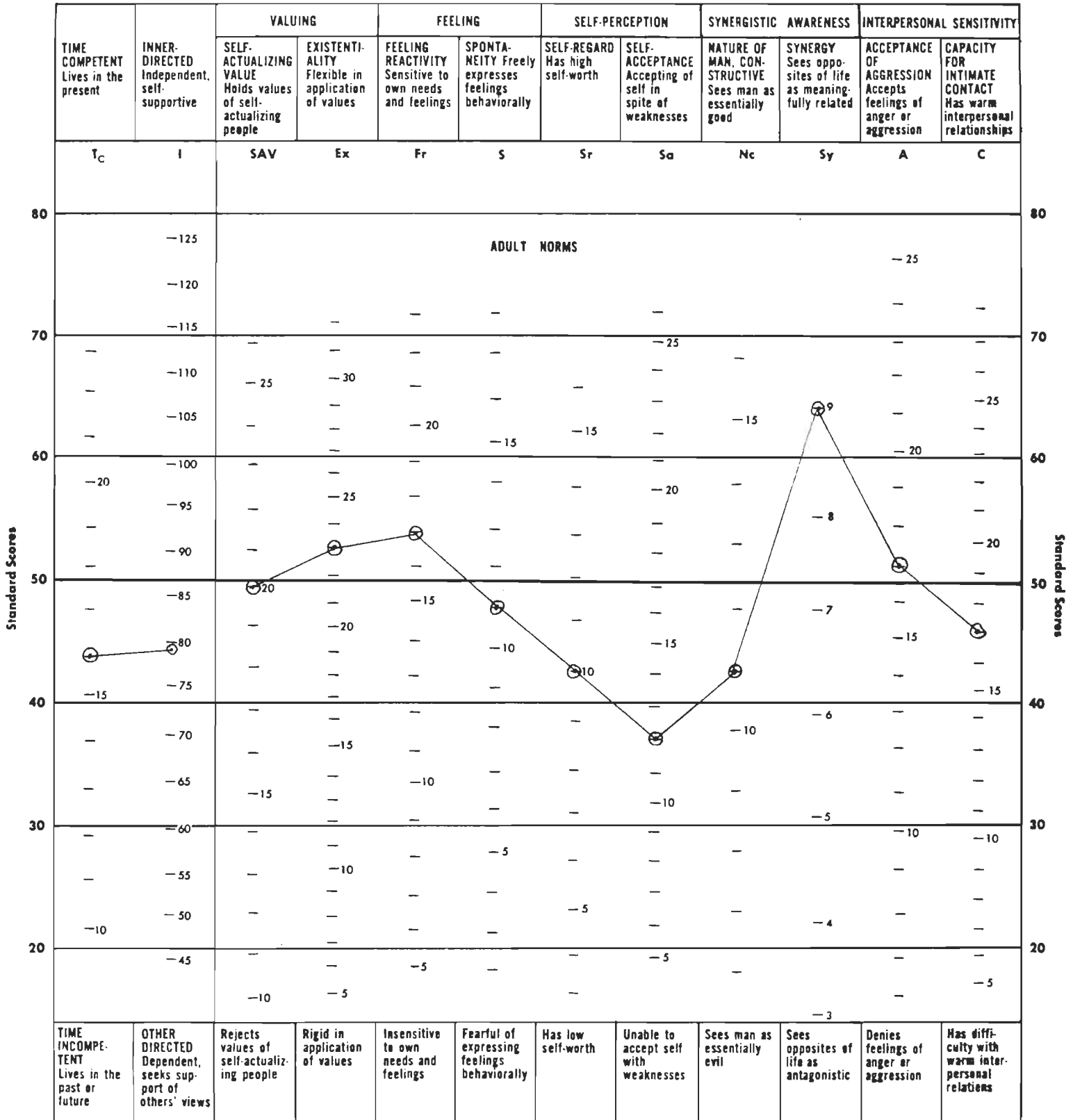
I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:
Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$
Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:
Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$
Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

108

NAME Sujet H DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

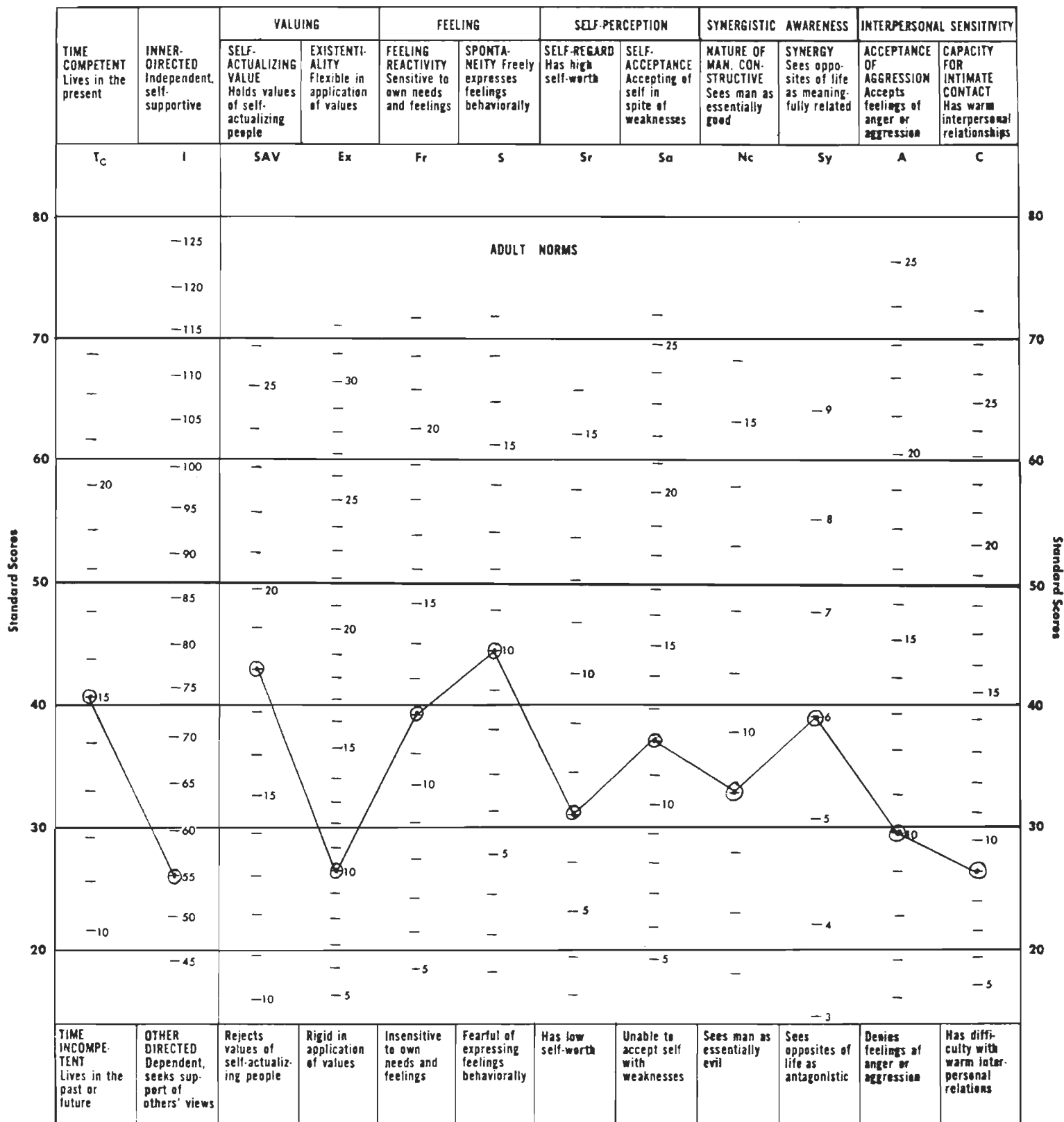
I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:
Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$
Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:
Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$
Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

109

 NAME Sujet I DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

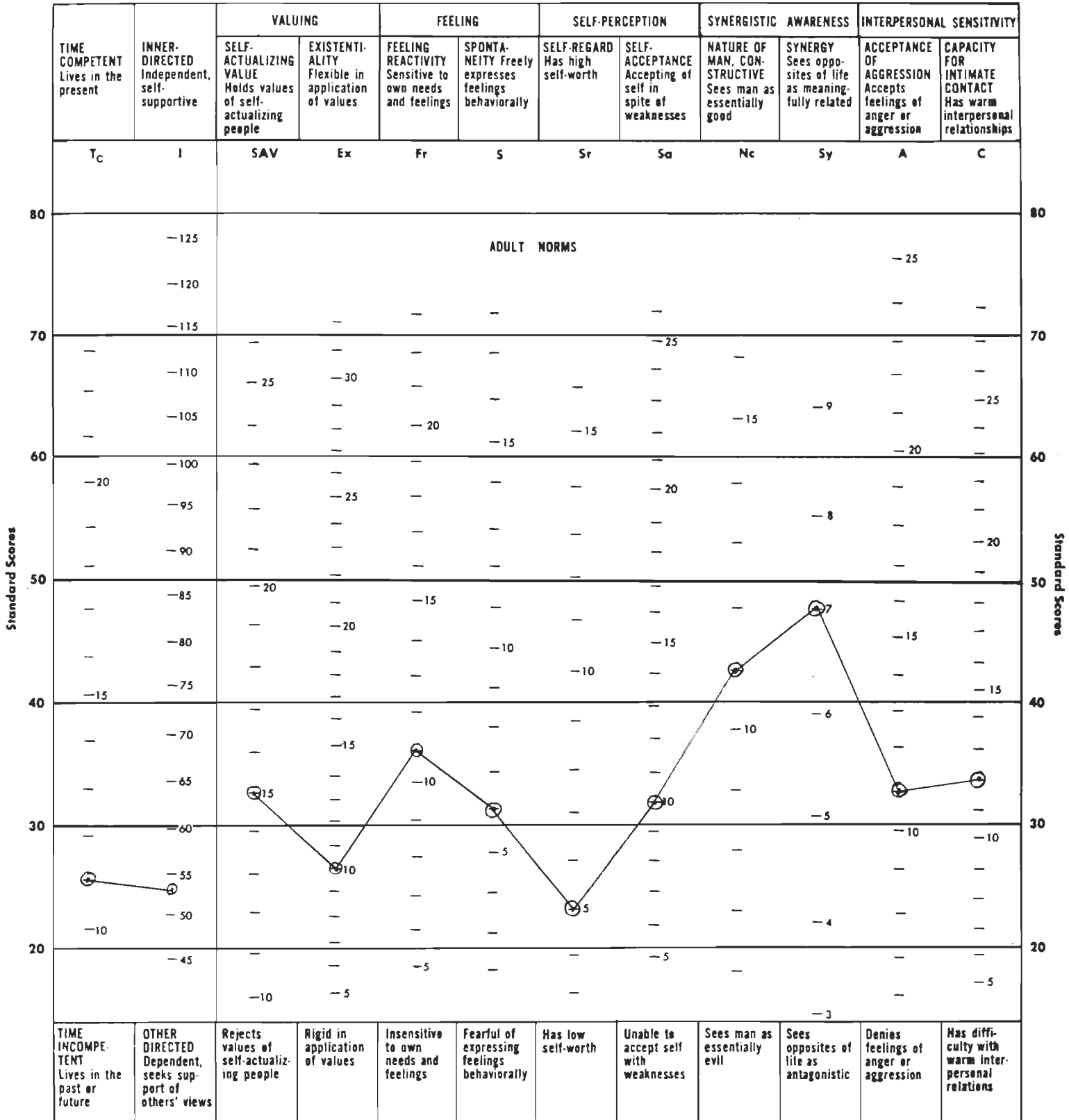
 I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:
 Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$
 Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

OCCUPATION _____

 II $O - I$ (Support) Ratio:
 Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$
 Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

110

NAME Sujet J

DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:

Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$

Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

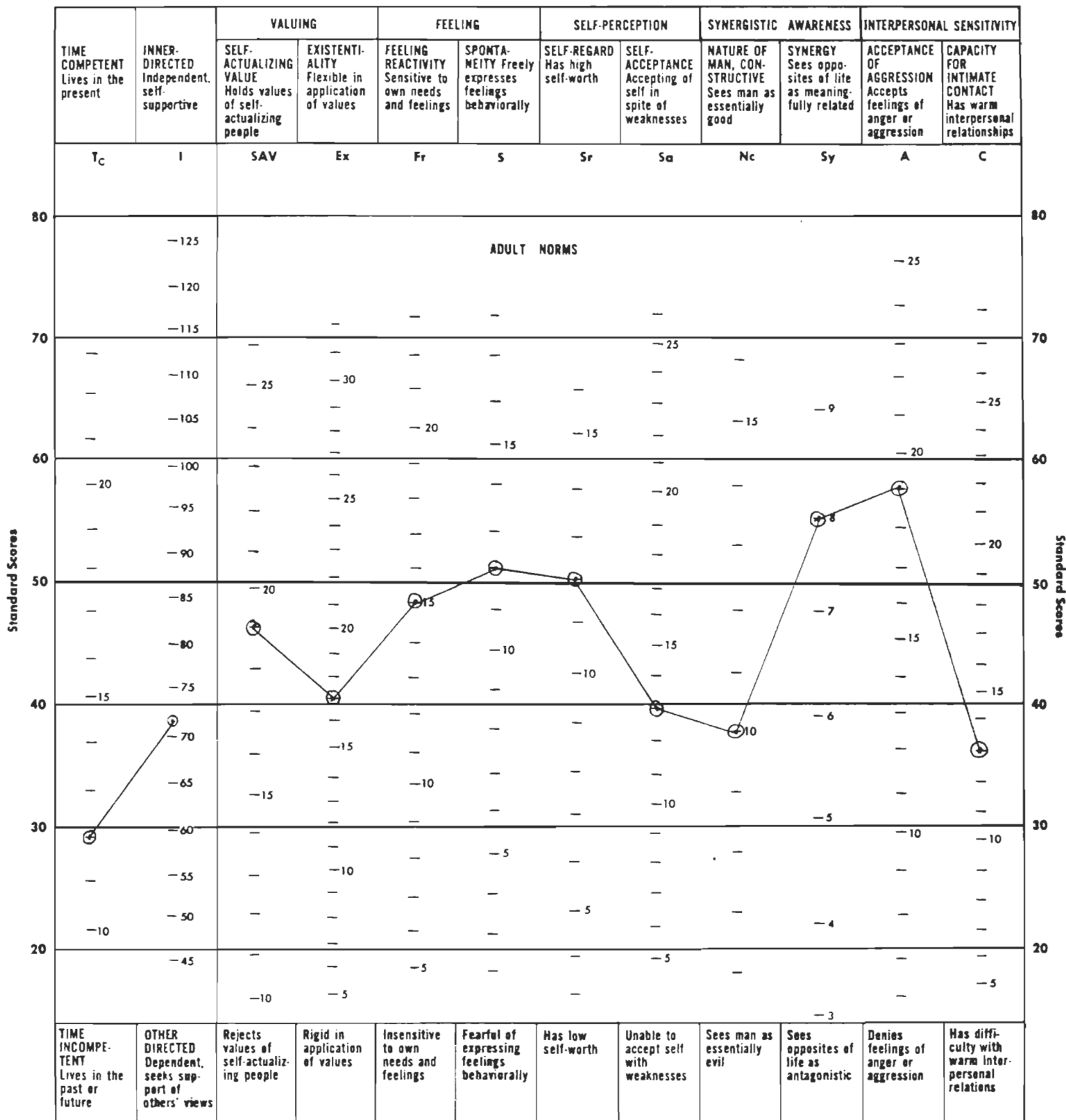
OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:

Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$

Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Row Scores

PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

111

NAME Sujet K

DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:

Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$

Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

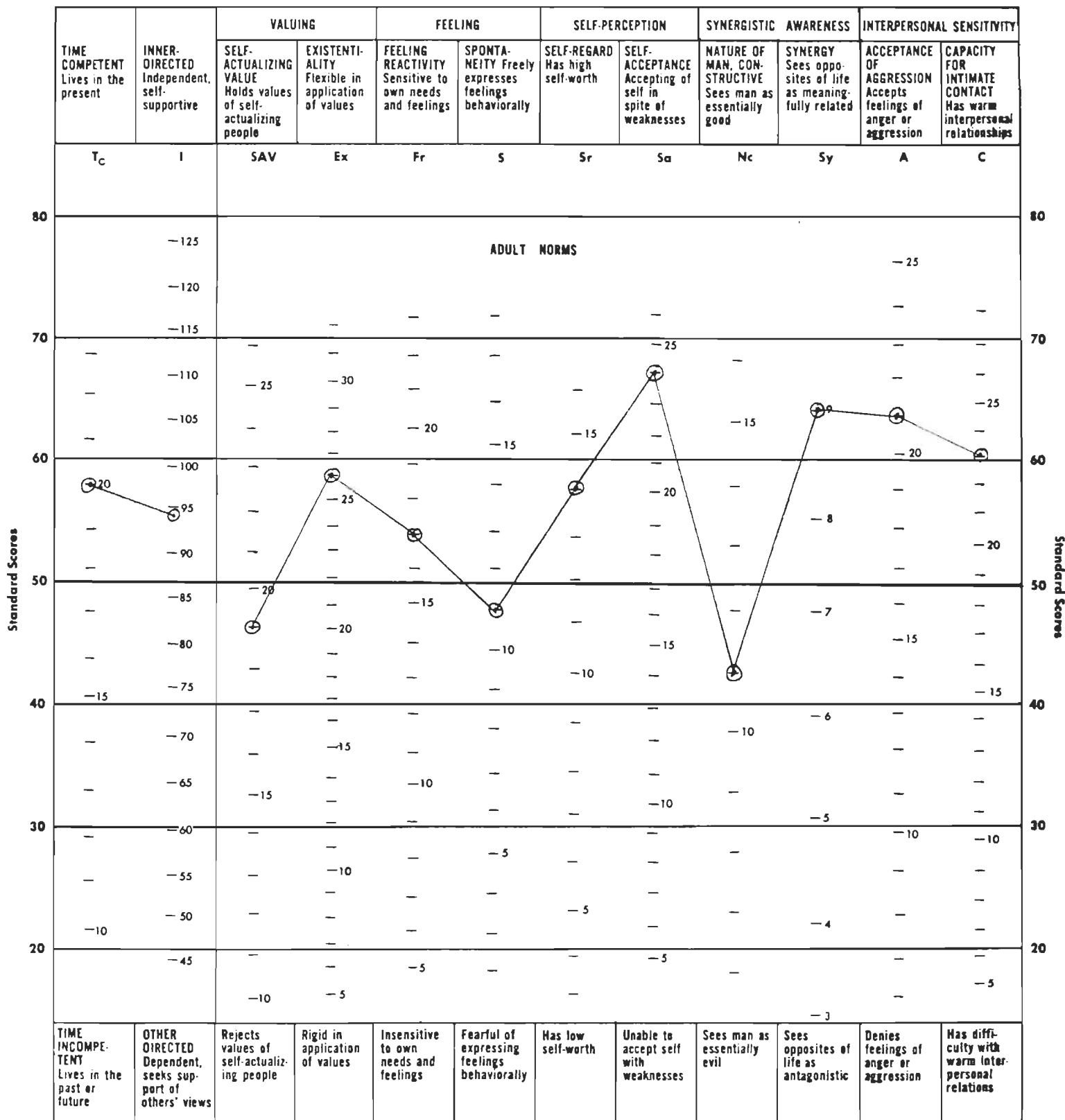
OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:

Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$

Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Raw Scores

PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

112

NAME Sujet L

DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:

Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$

Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\quad}$

1

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OCCUPATION _____

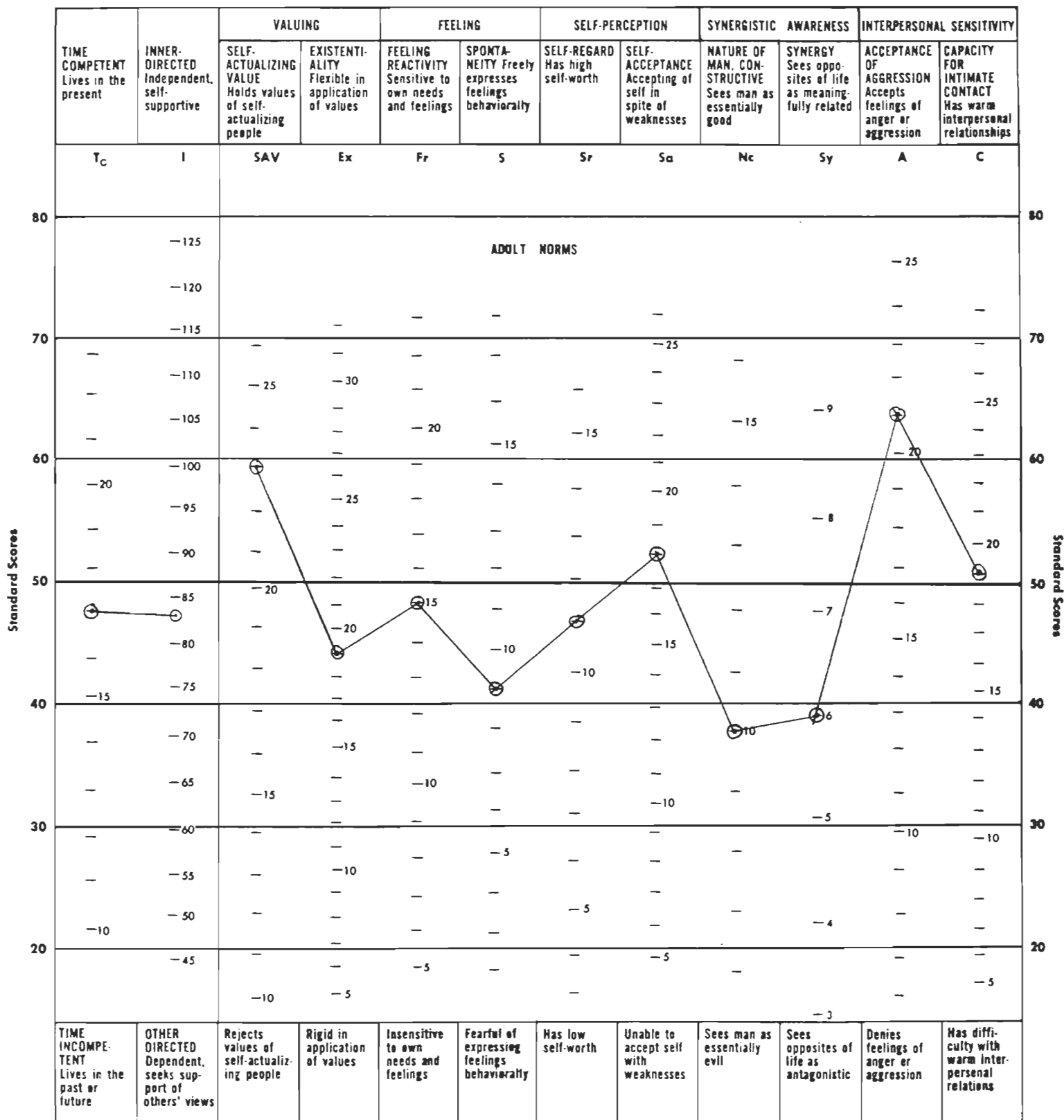
II $O - I$ (Support) Ratio:

Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$

Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\quad}$

1

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

113

NAME Groupe expérimental

DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

I $T_1 - T_C$ (Time) Ratio:

Self-Actualizing Average: $T_1 : T_C = 1 : 8$

Your Ratio: $T_1 : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

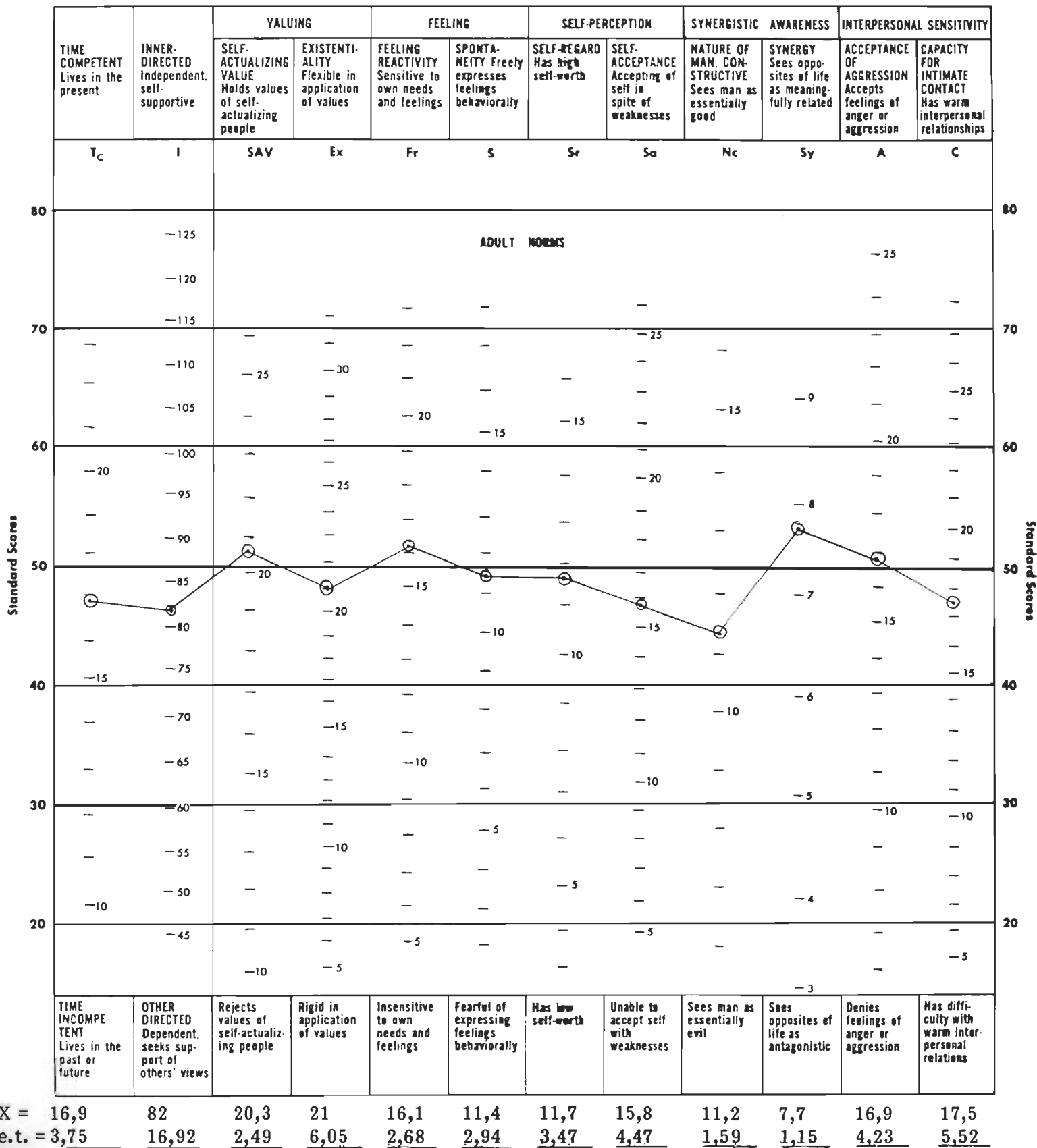
OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:

Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$

Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

114

NAME Groupe contrôle

DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

I $T_i - T_C$ (Time) Ratio:

Self-Actualizing Average: $T_i : T_C = 1 : 8$

Your Ratio: $T_i : T_C = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

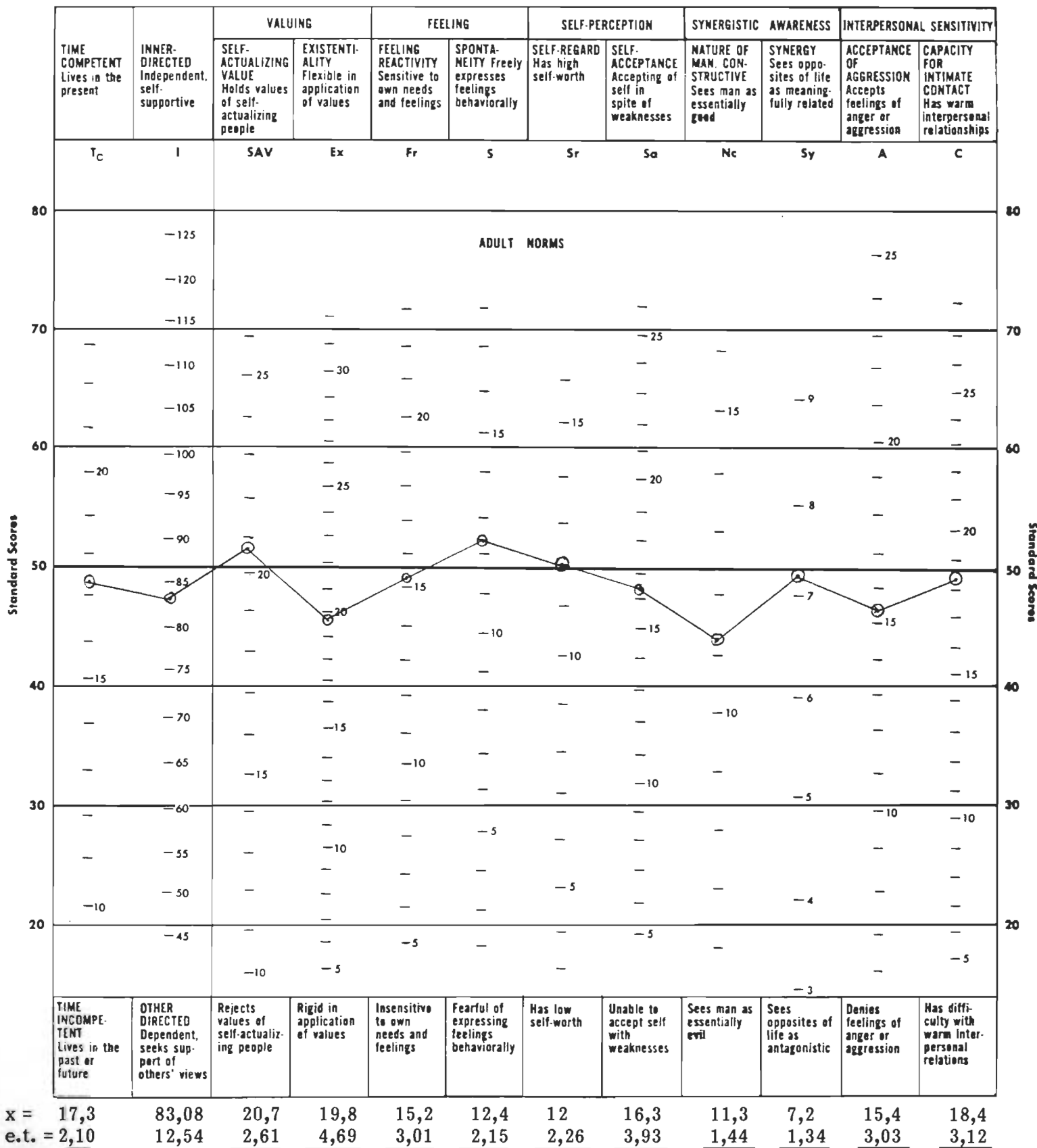
OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:

Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$

Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Portrait de l'aménorrhéique

Les liens entre l'aménorrhéique de la présente étude et la littérature consultée étant déjà faits, nous tenterons d'en faire un portrait en résumant les principales caractéristiques.

Les aménorrhéiques de cette étude ne semblent pas vivre de conflits en rapport avec leur rôle féminin même si certains traits plutôt adolescents sont observés chez cinq d'entre elles. Elles manifestent certaines difficultés rattachées à leur vécu corporel: la plupart sont préoccupées par la nourriture et le fait de manger, plusieurs d'entre elles ont de la difficulté à stabiliser leur poids et rapportent des fluctuations (pertes et gains) de poids notables au cours des dernières années. Plusieurs affirment avoir une image négative d'elles-mêmes et plus de la moitié d'entre elles ont vécu négativement la ménarche et présentent une attitude négative envers la menstruation. La plupart des femmes qui ont une attitude négative envers la menstruation, ont une attitude positive envers l'aménorrhée.

Ces aménorrhéiques ont des relations interpersonnelles satisfaisantes et ne rapportent pas de conflits en rapport avec la sexualité. Cependant, il semble exister une relation entre l'apparition du symptôme aménorrhéique et une rupture sentimentale.

Le milieu familial des aménorrhéiques semble problématique. Plus de la moitié rapportent avoir vécu de mauvaises conditions de vie ou des carences affectives dans leur enfance. La relation avec la mère semble plutôt positive et assez ouverte aux échanges et à l'enseignement, mais celle avec le père ne paraît pas satisfaisante; sa difficulté à révéler ses sentiments et son côté distant nuit à une bonne relation. Le père semble être en relation avec les difficultés vécues dans l'enfance.

Les femmes en aménorrhée de cette étude éprouvent certaines difficultés en rapport avec leur vécu corporel et dans leur relation avec leur père. Ces éléments semblent les distinguer; par contre, il aurait été intéressant de vérifier auprès des sujets du groupe contrôle le vécu corporel et la relation avec le père. Les aménorrhéiques de cette étude ne présentent pas d'éléments significatifs au niveau de l'actualisation de soi car peut-être que la problématique de cette femme n'est pas mise en évidence par le P.O.I.

Remerciements

L'auteure exprime sa reconnaissance à sa directrice de mémoire, madame Marie-Claude Denis, Ph.D., professeure au département de psychologie à l'U.Q.T.R., pour sa collaboration éclairée et son support constant tout au long de ce travail.

RÉFÉRENCES

- AKSEL, S. (1979). Psychogenic amenorrhea: diagnosis by exclusion. Psychosomatics, 20, (No. 5), 357-359.
- ALLPORT, G. (1955). Becoming. New Haven: Yale University Press.
- BENEDEK, T. (1963). An investigation of the sexual cycle in women. Archives of General Psychiatry, 8, 311.
- BLACKWELL, R.E. (1979). Symbolic amenorrhea - emotional factors in secondary amenorrhea - commentary. Medical Aspects of Human Sexuality, 13, (No. 9), 112.
- BRISSON, G.R. (1985). Menstrual irregularities, in D.R. Welsh, R.J. Shephard: Current Therapy in Sports Medicine (pp. 127-130. Toronto: B.C. Decker Inc.
- BROWN, E., BAIN, J., LERNER, P. SHAUL, D. (1983). Psychological, hormonal, and weight disturbances in functional amenorrhea. Canadian Journal of Psychiatry, 28, (No. 8), 624-628.
- CHEZ, R., PASNAU, R., LEIKEN, S., BATISTE, C. (1964). Psychiatric aspects of acquired amenorrhea. Obstetrics and Gynecology, 24, 549-553.
- CHRISTIE BROWN, J.R.W. (1971). Psychological and dietary aspects of secondary amenorrhea. Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology, 3rd Int. Congr., London, 579-581.
- CÔTÉ, D. (1984). Relation entre l'empathie et l'actualisation de soi au début et à la fin de la relation d'aide. Thèse de maîtrise inédite, Université du Québec à Trois-Rivières.
- DALE, E., GERLACH, D.H., WILHITE, A.L. (1979). Menstrual dysfunction in distance runners. Obstetrics and Gynecology, 54, 47-53.
- DEUTSCH, H. (1949). La psychologie des femmes. Volume I: Enfance et adolescence. France: Presses Universitaires de France.
- DREW, F.L. (1961). The epidemiology of secondary amenorrhea. Journal of Chronic Diseases, 14, 396-407.

- ENGELMAN, P. (1983). Aménorrhée, in P. Engelman: Gynécologie hormonale (pp. 136-146). Paris: Maloine S.A.
- ENGELS, W., PATTEE, C., WITTKOWER, L. (1964). Emotional settings of functional amenorrhea. Psychosomatic Medecine, 26, 682-700.
- FAYEZ, J.A. (1979). Symbolic amenorrhea - emotional factors in secondary amenorrhea - commentary. Medical Aspects of Human Sexuality, 13, (No. 9), 110.
- FOGEL, M. (1979). Symbolic amenorrhea - emotional factors in secondary amenorrhea - commentary. Medical Aspects of Human Sexuality, 13, (No. 9), 104-105.
- FRIES, H. (1974). Secondary amenorrhea, self-induced weight reduction and anorexia nervosa. Acta Psychiatrica Scandinavica, supp. 248, 1-70.
- FRIES, H., NILLIUS, S.J. (1974). Epidemiology of secondary amenorrhea. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 118, 473-479.
- FRISCH, R.E. (1985). Fatness, menarche and female fertility. Perspectives in Biology and Medecine, 28, (No. 4), 611-633.
- FRISCH, R.E., McARTHUR, J.W. (1974). Menstrual cycle: Fatness as a determinant of minimum weight for height necessary for their maintenance or onset. Science, 185, 949-951.
- GARNIER, M., DELAMARE, V. (1967). Dictionnaire des termes techniques de médecine. Paris: Maloine S.A.
- GOLDMAN, J.A., OLCZAK, P.U. (1975). Self-actualization and the act of volunteering: further evidence for the construct validity of the Personal Orientation Inventory. Journal of Clinical Psychology, 31, 287-291.
- HERZOG, M.L. (1982). Psychogenic amenorrhea: a synthesis of psychoanalytic and sex role perspectives. Unpublished doctoral dissertation, The California School of Professional Psychology.
- IHALAINEN, O. (1975). Psychosomatic aspects of amenorrhea. Acta Psychiatrica Scandinavica, supp. 262, 1-139.
- KAY, E., LYONS, A., NEWMAN, W., MANKIN, D. (1978). A test-retest study of the Personal Orientation Inventory. Journal of Humanistic Psychology, 18, (No. 2), 87-89.
- KELLEY, K., DANIELS, G.E., POE, J., EASSER, R., RUSSEL, M. (1954). Psychological correlations with secondary amenorrhea. Psychosomatic Medecine, 16, 126-147.

- KHURI, R., GEHI, M. (1981). Psychogenic amenorrhea an integrative review. Psychosomatics, 22, (No. 10), 383-393.
- KRAMAR, M. (1973). Role of psychodynamics in amenorrhea. Psihoterapija, 2, 155-165.
- KROGER, W.S., FREED, S.C. (1950). Psychosomatic factors in functional amenorrhea. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 59, 328-336.
- LOFTUS, T.A. (1962). Psychogenic factors of anovulatory amenorrhea. Fertility and Sterility, 13, (No. 1), 21-28.
- MASLOW, A.H. (1954). Motivation and Personality. New York: Harper and Row, 1970.
- MASLOW, A.H. (1972). Vers une psychologie de l'être. Paris: Fayard.
- MAUVAIS-JARVIS, P. (1982). Insuffisance gonadotrope globale normoprolactinémique, in P. Mauvais-Jarvis, R. Sitruk-Ware, F. Labrie: Médecine de la reproduction: gynécologie endocrinienne (pp. 289-304). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- MAUVAIS-JARVIS, P., PRUD'HOMME, J.F. (1982). Cycle menstruel humain, in P. Mauvais-Jarvis, R. Sitruk-Ware, F. Labrie: Médecine de la reproduction: gynécologie endocrinienne (pp. 156-166). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- MCCORMICK, W.O. (1975). Amenorrhea and other menstrual symptoms in student nurses. Journal of Psychosomatic Research, 19, (No. 2), 131-137.
- NETTER, A. (1971). Aménorrhées, dysménorrhées (2^e éd. rév.). Paris: J.B. Baillière.
- NIESZ, N.L. (1977). Periodicity and self-actualization in women. Journal of Clinical Psychology, 33, (No. 4), 1014-1017.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1959). L'Union médicale du Canada, 1967, 96, 253-254.
- PETTERSSON, F., FRIES, H., NILLIUS, S.J. (1973). Epidemiology of secondary amenorrhea. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 117, 80-86.
- PRÉMONT, S. (1984). Actualisation de soi et communication empathique chez des étudiants en formation à la relation d'aide. Thèse de maîtrise inédite, Université du Québec à Trois-Rivières.
- ROGERS, C.R. (1968). Le développement de la personne. Paris: Bordas.

- ROSTAING, E., PRATILI, M.A. (1983). L'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien et ses explorations, in P. Engelmann: Gynécologie hormonale (pp. 11-38). Paris: Maloine S.A.
- RUSSEL, G.F. (1972). Premenstrual tension and «psychogenic» amenorrhea: psycho-physical interactions. Journal of Psychosomatic Research, 16, 279-287.
- RUSSEL, J.A.O. (1972). Psychosocial aspects of weight loss and amenorrhea in adolescent girls. Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology, 3rd Int. Congr., London, 593-595.
- SCHREIBER, C., FLORIN, I., ROST, W. (1983). Psychological correlates of functional secondary amenorrhea. Psychotherapy and Psychomatics, 39, (No. 2), 106-111.
- SENARCLENS, M. DE, FISHER, W. (1978). Aménorrhée: Féminité impossible?. Paris: Masson.
- SENARCLENS, M. DE, FISHER W. (1982). The amenorrhea patient in her family and outside it. International Journal of Family Psychiatry, 3, (No. 3), 317-334.
- SHOSTROM, E.L. (1966). Manuel for the Personal Orientation Inventory. Educational and Industrial Testing Service. San Diego: California.
- SHOSTROM, E.L. (1967). Man the Manipulator. Nashville: Abingdon Press.
- SHOSTROM, E.L. (1973). Comment on a test review: The Personal Orientation Inventory. Journal of Counseling Psychology, 20, 479-481.
- TOSI, D.J., LINDAMOOD, C.A. (1975). The measurement of self-actualization: a critical review of the P.O.I. Journal of Personality Assessment, 39, 215-224.
- VANDER, A.J., SHERMAN, J.H., LUCIANO, D.S. (1977). Physiologie humaine. Montréal: McGraw-Hill.
- WELLS, C.L. (1985). Women, Sport and Performance: a Physiological Perspective. Champaign: Human Kinetics Publishers Inc.
- WENTZ, A.C. (1980). Body weight and amenorrhea. Obstetrics and Gynecology, 56, (No. 4), 482-487.
- YEN, S.S.C. (1978): Chronic anovulation due to inappropriate feedback system, in S.S.C. Yen, R.B. Jaffe: Reproductive Endocrinology: Physiology, Pathophysiology and Clinical Management (pp. 341-352). Philadelphia: W.B. Saunders Company.